FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE 421

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CLAUDE MASSELIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Bernay (Eure), le 31 Décembre 1901

Les Névralgies Ano-Rectales secondaires aux Affections Génitales

Président : M. ACHARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1930

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 M.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CLAUDE MASSELIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Bernay (Eure), le 31 Décembre 1901

Les Névralgies Ano-Rectales secondaires aux Affections Génitales

Président : M. ACHARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie
MONDOR	Pathologie chirurgic.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOURE	Pathologie chirurgic.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Mort au champ d'honneur.

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. le Professeur Charles ACHARD

Professeur de clinique médicale a la Faculté
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie des sciences
Membre de l'Académie de médecine

Qui a bien voulu me faire l'honneur de présider ma thèse.
Hommage respectueux.

A MON MAITRE

M. le Docteur BENSAUDE

Officier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hopital Saint-Antoine

Qui m'a inspiré ce travail, m'a donné les moyens de l'exécuter et n'a cessé de me prodiguer ses encouragements, je suis heureux d'exprimer ici ma profonde gratitude et mon respectueux attachement.

A M. le Docteur P. OURY

Ancien interne des hopitaux de Paris
Ancien chef de clinique a la Faculté

Qui m'a permis par ses précieux conseils de mener à bien ce travail.
J'adresse ici mes sincères remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur GILBERT (*In Memoriam*) (Hôtel-Dieu 1921-1922).

M. le Professeur GOSSET (Salpétrière 1922).

M. le Professeur agrégé RIBIERRE (*In Memoriam*) (Necker 1923-1924).

M. le Professeur agrégé AUVRAY (Laennec 1925).

M. le Professeur SICARD (*In Memoriam*) (Necker 1925-1926).

M. le Docteur Armand DELILLE (Hérold 1927-1928).

M. le Docteur BENSAUDE (Saint-Antoine 1928-1930).

M. le Professeur agrégé LÉVY-SOLAL (Maternité de Saint-Antoine 1929).

A M. le Docteur André CAIN
Médecin des hopitaux

A M. le Docteur HILLEMAND

A M. le Docteur J. MARCHAND

Introduction

L'histoire des névralgies ano-rectales, déjà vieille d'un siècle, a retenu l'attention de nombreux auteurs français et étrangers, mais conserve encore bien des inconnus.

Cependant l'étude de ces névralgies a évolué au cours des publications qui en ont été faites et il nous semble qu'elle a traversé deux phases différentes.

Dans une première phase, les auteurs se sont surtout efforcés d'en montrer l'existence, d'en donner une description clinique et de conclure généralement que les hyperesthésies rectales se rencontrent surtout chez des sujets prédisposés présentant un terrain névropathique.

En France, au siècle dernier, Velpeau, Max Simon, Dardel, plus près de nous Millon, Cade, Parmentier et Foucaud en rapportent des observations personnelles, les uns, tel que Millon, essayant d'en donner une classification qui distingue rectalgies et névralgies anales, les autres, tels que Parmentier et Foucaud, limitant leur étude à la névralgie dite primitive du Rectum.

Au cours de cette même phase, les auteurs anglo-américains : Hird, Gray, Allingham, Bodenhamer, Thompson, Gant, Cooper, Tucker, Mac Lennan, les auteurs allemands : Eitner, Oppenheim, Albu, Pickardt, pour citer les principaux, s'appliquent à déterminer les caractères cliniques de ces névralgies rectales, d'en envisager le traitement, sans insister sur les causes étiologiques qui

peuvent les provoquer, persuadés que l'état psychique et l'état névropathique de ceux qui en sont atteints jouent un rôle primordial.

Toute différente est l'orientation de l'étude des névralgies ano-rectales au cours d'une seconde phase.

Déjà, en 1895, Quenu et Hartman, dans leur traité de Chirurgie du Rectum, avaient envisagé les phénomènes névralgiques survivant aux fissures traitées et cicatrisées et avaient rattaché ces manifestations à de la névrite interstitielle.

Ce n'est qu'en 1923 que Bensaude et Oury, reprenant la question sous le titre des névroses sensitives recto sigmoïdinnes, étudient d'une façon détaillée la névralgie rectale et la névralgie anale.

Dans le chapitre sur le diagnostic de ces névralgies, ces auteurs, en terminant leur étude, insistent sur ce fait que le diagnostic de la névralgie primitive ne peut être porté que lorsque les nombreuses affections du rectum — soit affections locales, soit affections de voisinage — pouvant donner lieu à des troubles névralgiques réflexes, auront été soigneusement éliminées.

En 1928, Toubiana, sur l'instigation de notre maître Bensaude, a repris dans sa thèse l'étude des névralgies ano-rectales.

Il s'est particulièrement attaché à en déceler un certain nombre de facteurs étiologiques et nous trouvons, dans son étude, la description successive de névralgies secondaires aux états fissuraires et hémorroïdaires guéris, en même temps que des cas exceptionnels de névralgies consécutives à des affections cérébro-spinales (tabes-encéphalite) ou à des affections diverses (zona-herpes-entérocolite).

De plus, il émet l'hypothèse que dans les névralgies dites primitives, les douleurs devaient être consécutives à des lésions minimes et passées inaperçues, et il conclut

que la différence de nature entre les névralgies primitives et les névralgies secondaires réside dans l'importance et dans le degré des lésions organiques, génératrices et déterminantes.

Le but que nous nous sommes proposé est tout différent.

La consultation de notre maître Bensaude — consultation qui a été pour nous un champ d'investigation particulièrement riche — nous a permis, au cours de ces deux dernières années, de recueillir un nombre suffisamment important d'observations concernant des névralgies ano-rectales consécutives à des affections génitales ou secondaires à des interventions chirurgicales, radium et radiothérapeutiques, ayant porté sur les organes génitaux intra-pelviens.

Aussi, après quelques considérations anatomo-physiologiques qui nous semblent indispensables pour comprendre la complexité de ces troubles réflexes, c'est à l'étiologie, à la symptomalogie, au diagnostic et à la thérapeutique de ces névralgies que nous consacrerons notre thèse inaugurale.

Il est bien entendu que nous éliminons de notre sujet l'étude classique et bien précisée antérieurement, des troubles douloureux rectaux liés aux affections néoplasiques évoluant et se propageant, soit des organes génitaux vers le rectum, soit du rectum vers les organes génitaux.

Anatomie

Pour mieux comprendre le retentissement que peuvent avoir sur l'anus et le rectum les affections primitives de la prostate, des vésicules séminales chez l'homme, de l'utérus et de ses annexes chez la femme, il nous semble utile de rappeler l'innervation de tous ces organes pelviens, dont l'origine commune permet de comprendre l'interréaction viscérale des affections pelviennes.

L'innervation du segment ano-rectal et des organes génitaux a les mêmes sources. Nous ferons donc une étude d'ensemble des troncs nerveux qui leur sont communs, en insistant tout particulièrement sur l'étude des anastomoses de ces divers systèmes.

Ces anastomoses, d'ailleurs très nombreuses, permettent d'expliquer en partie certaines douleurs à distance et, en particulier, les névralgies ano-rectales observées à la suite d'affections génitales.

On sait que le système sympathique pelvien ou mieux le plexus hypogastrique, préside à l'innervation de tous les organes intra-pelviens. Ce plexus, étudié au siècle dernier par Valentin, Hirschfeld, Cruveilhier, Bourgery-Jacob, plus récemment par Latarjet et Hovelacque, a donné lieu à de nombreuses descriptions.

Ce plexus se présente soit sous la forme d'un faisceau nerveux très serré (nerf présacré de Latarjet), soit sous la forme d'un réseau lâche (plexus hypogastrique supérieur de Hovelacque, commence au niveau de la L4, se met

en rapport avec la face antérieure du sacrum, après avoir franchi le promontoire.

Le plus souvent, au niveau de la première sacrée, il se divise en ses deux branches terminales : les plexus hypogastriques inférieurs droit et gauche.

« Unis l'un à l'autre à ses origines, les deux plexus divergent, se portent obliquement en bas et en dehors, décrivant dans leur ensemble un fer à cheval, embrassant la face postérieure et les faces latérales du rectum qu'ils débordent en avant, sans atteindre cependant les faces latérales de l'utérus. » (Segond.)

Chacun de ces plexus hypograstriques inférieurs que Lee et Frankenhauser ont décrit comme devant s'épanouir en une lame ganglionnaire, le ganglion hypograstrique présente des rapports intéressants à préciser.

En dedans, il répond successivement au rectum, au cul-de-sac de Douglas, puis au col de l'utérus; en dehors, par l'intermédiaire de l'aponévrose pelvienne, aux branches du plexus sacré et plus en avant avec les pédicules vasculaires de l'utérus et du vagin, voisinage étroit expliquant la possibilité de ligaturer en même temps la lame nerveuse du plexus hypogastrique inférieur, les artères et veines vaginales, au cours de l'opération de Wertheim.

Le plexus hypogastrique inférieur contracte des anastomoses avec le plexus sacré et donne des branches à tous les organes du petit bassin.

Anastomoses.

Le plexus hypograstrique inférieur s'anastomose avec le plexus hémorroïdal supérieur, la chaîne du symphatique sacré et le plexus sacré.

Plexus hémorroïdal supérieur.

Lorsque le plexus hypograstrique inférieur aborde le rectum, il reçoit un ou deux filets anastomiques venant du pleuxus hémorroïdal supérieur en contournant la face postérieure du rectum.

Sympathique sacré.

De la chaîne symphatique sacrée se détachent constamment un ou deux filets allant mêler leurs fibres à celle du plexus.

Plexus sacré.

De la face antérieure du 3e nerf sacré, souvent du 2e et parfois du 4e viennent des filets anastomotiques abordant la partie inférieure du plexus hypogastrique. Ces branches, appelées du reste branches viscérales du plexus sacré, constituant d'ailleurs le meilleur moyen de fixation du plexus, donnent un curieux exemple de symbiose symphatico-rachidienne.

Branches terminales.

Du plexus hypogastrique inférieur vont rayonner des branches qui vont au rectum, à la vessie, aux vésicules séminales, à la prostate chez l'homme; à l'utérus et au vagin chez la femme.

Innervation du rectum.

Le rectum reçoit du plexus hypogastrique inférieur trois groupes de filets nerveux. Ce sont :

a) Les nerfs supérieurs constitués par deux rameaux qui se fusionnent en un seul. Celui-ci se dirige vers la portion dorsale du rectum, s'anastomose avec un filet homologue du côté opposé et constitue une petite arcade nerveuse s'anastomosant à nouveau avec les nerfs moyens;

b) Les nerfs moyens, très courts, pénètrent dans les tuniques rectales;

c) Les nerfs inférieurs comprennent plusieurs filets. Parmi ceux-ci, l'un d'eux se perd dans les tuniques rectales au moment où le rectum traverse le plancher pelvien.

En plus des filets nerveux que le rectum reçoit du plexus mésentérique inférieur, du plexus honteux, il reçoit encore son innervation du système nerveux central. C'est d'ailleurs la seule portion de l'intestin qui soit innervée par ce système.

Ces filets nerveux venus des branches des 3e, 4e et 5e paires sacrées pénètrent avec les filets sympathiques dans l'épaisseur de la gaine fibreuse et aboutissent à la muqueuse.

Enfin, filets sympathiques, filets venus du plexus hé-

morroïdal et du plexus honteux, filets nés de la chaîne sympathique sacrée ont entre eux de constantes anastomoses.

Innervation de l'anus.

Des 3e, 4e, 5e paires sacrées se détachent deux filets qui, après avoir croisé transversalement la fosse ischio-rectale, se distribuent à la portion moyenne du sphincter strié, ainsi qu'aux surfaces cutanées peri-anales. C'est le nerf anal.

Le nerf honteux interne, avant sa division en ses branches terminales, envoie un filament à l'anus, c'est le nerf sphinctérien antérieur.

Enfin, sous le nom de nerf sphinctérien accessoire; Morestin a désigné un filet émané des 5e, 6e nerfs sacrés qui s'applique contre la face antérieure de l'articulation sacro-coccygienne.

Le muscle releveur de l'anus est inervé par un nerf venu de la 3e paire sacrée qui descend du devant du plexus sacré pour aborder le muscle par sa face profonde. La face superficielle reçoit par contre son innervation d'un nerf formé par la réunion de filets se détachant de la 3e et de la 4e paires.

Innervation du périnée.

Le périnée reçoit son innervation du petit sciatique, du nerf honteux interne et du nerf anal.

Le petit sciatique donne dans la région fessière une branche périnéale qui se ramifie dans les téguments de la portion uro-génitale du périnée et dans l'enveloppe cutanéee des bourses.

Une des branches terminales du nerf honteux interne est la branche périnéale. Cette branche, après avoir donné

un rameau périnéal externe innervant la région externe du périnée, les grandes lèvres, se divise en un rameau superficiel se ramifiant dans la peau du périnée antérieur, un rameau profond donnant des rameaux aux trois muscles du triangle du bulbe et au corps caverneux.

Innervation de la Vessie
et des
Organes génitaux chez la Femme

1° NERFS VAGINO-VÉSICAUX

A leur origine, ces nerfs forment un plexus d'où partent deux séries de nerfs qui cheminent de part et d'autre de l'uretère, auquel ils abandonnent quelques filets nerveux. Les uns gagnent la corne postérieure de la vessie et les parois latérales du vagin, en faisant entre eux de nombreuses anastomoses; les autres vont s'insinuer dans l'espace inter-vésico-vaginal pour gagner la face antérieure du vagin et la partie postérieure de la vessie.

2° NERFS DE L'UTÉRUS

Du bord antérieur du ganglion hypogastrique partent des branches nerveuses formant corps avec les ligaments utéro sacrés et limitant l'orifice supérieur du cul-de-sac de Douglas. Abordant la face postérieure de l'utérus, au niveau de l'isthme, elles envoient quelques filets au col utérin et à la partie voisine du vagin.

Tous ces filets se ramifient et forment un plexus à mailles lâches, puis pénètrent dans l'épaisseur de l'utérus

Plexus hypogastrique chez la femme. Anastomoses et branches terminales.

indépendamment des vaisseaux, afin de se terminer dans le fibres musculaires ou la muqueuse.

Les méthodes modernes de coloration ont permis de constater, sur le trajet des nerfs, l'existence de groupes ganglionnaires : l'un sur la ligne médiane antérieure, l'autre sur la ligne postérieure, situés dans la partie externe de la paroi utérine et permettant en quelque sorte le fonctionnement autonome de l'utérus.

Outre l'intervention que l'utérus reçoit du plexus hypogastrique, l'utérus reçoit aussi son innervation du plexus ovarique. Ce plexus se détache en partie des ganglions mésentériques et aortico-renaux, apportant ainsi des filets du plexus rénal et du plexus abdominal pour l'utérus. Les filets sympathiques accompagnent l'artère ovarienne, pénètrent dans le ligament large où ils s'y terminent. Les uns, suivant l'artère ovarienne, vont à l'ovaire, les autres, suivant les artères tubaires, vont à la trompe; d'autres enfin, suivant l'anastomose de l'artère ovarienne avec l'artère utérine, se terminent à la partie supérieure de l'utérus, dans les plexus utérins.

Enfin, un filet spécial pénètre dans l'utérus au niveau de l'insertion utérine du ligament propre de l'ovaire et s'anastomose avec un filet venant du plexus utéro vaginal. Cette anastomose, véritable renflement ganglionnaire, donne naissance à un certain nombre de rameaux qui vont innerver le fond utérin : le ligament large, les fibres lisses du ligament rond et la partie interne et moyenne de la trompe.

Innervation de l'ovaire.

L'ovaire ne reçoit aucun rameau du plexus hypogastrique. Les nerfs proviennent :

a) Du plexus rénal — duquel se détachent deux ou trois racines qui se fusionnent pour cheminer sous forme d'un

tronc unique, en avant ou sur les côtés de l'artère spermatique;

b) Du plexus intermésentérique, qui reçoit des branches importantes des ganglions lombaires et ayant sur le trajet de ses rameaux, d'ailleurs d'une façon inconstante, le ganglion spermatique.

Les racines nées de ces deux plexus forment le tronc nerveux spermatique qui donne :
une branche tubaire fournissant un rameau pour le pavillon,
un autre pour l'ampoule de Henle,
quelques filets pour la partie moyenne du tube et cinq ou six filets terminaux pour les bords de l'utérus.

Innervation de la prostate et des vésicules séminales.

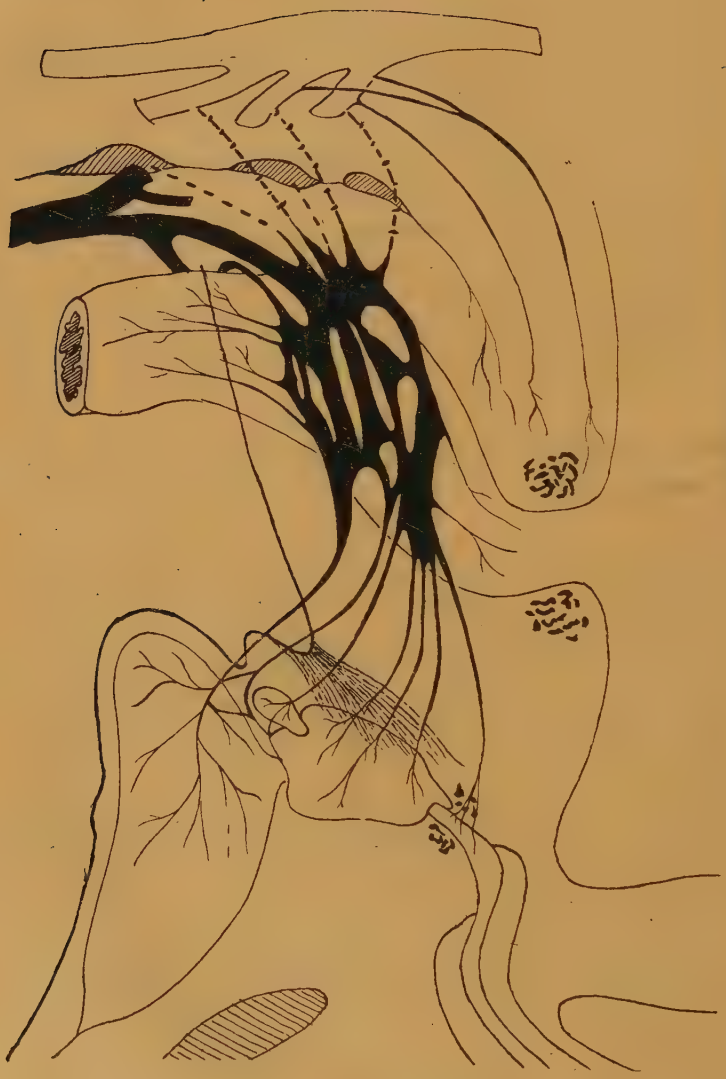
Le plexus hypogastrique inférieur chez l'homme est l'homologue du ganglion cervical de l'utérus décrit par Frankenhauser et Lee.

Les branches afférentes sympathiques de ce plexus, ses anastomoses avec le plexus sacré, ses branches de distribution rectale sont les mêmes que celles décrites chez la femme.

Nous nous occuperons donc spécialement des branches afférentes à ce ganglion concernant l'innervation de la prostate, de la face postérieure de la vessie, de la portion vésicale, de l'uretère, des vésicules séminales.

De la partie antérieure et externe du plexus partent quatre ou cinq nerfs qui constituent, sur la partie inférieure des faces latérales de la vessie, le plexus vésico prostatique.

Nerf uretero vésical externe et nerf uretero vésical interne nés d'une première branche, forment, comme



Plexus hypogastrique chez l'homme. Anastomoses et branches terminales

chez la femme, une anse préurétérale d'où naissent des filets vésicaux remontant sur la face postérieure et latérale du réservoir.

Deux nerfs pénètrent directement dans la tunique musculaire.

Une quatrième branche, après avoir croisé la face externe de la vésicule séminale, se place entre la prostate et la vessie, donnant des anastomoses à la branche prostatique sous-jacence.

Celle-ci constitue les nerfs prostatiques principaux; suivant la face antérieure du rectum, ils abordent la prostate postérieure et s'épanouissent dans la glande.

Des branches parallèles qui s'échappent de la face interne du ganglion hypogastrique, une d'elles, plus volumineuse, se dirige à la partie supérieure et interne de la vésicule séminale et présente deux renflements ganglionnaires.

Les plexus séminaux des deux côtés s'anastomosent par des branches longues et grêles.

Nous venons de décrire la disposition des branches sympathiques qui président à l'innervation des viscères pelviens.

En cours de route, nous avons noté l'importance des anastomoses qui rattachent le plexus hypogastrique à la chaîne vertébrale et aux plexus sacrés — anastomoses qui permettent de comprendre facilement l'influence sympathique qui existe entre des organes aussi solidaires entre eux au point de vue nerveux.

ensibilité de l'intestin ano-récto sigmoïdien

De nombreux auteurs ont étudié la physiologie ano-rectale.

La sensibilité, à l'état normal, offre des caractères tout

à fait différents si l'on considère individuellement le segment anal et le segment rectal.

Le revêtement cutaneo-muqueux de la portion ano-périnéale ,ainsi que la région sus-sphinctérienne, est sensible aux excitations mécaniques, chimiques, thermiques et électriques. Cette sensibilité qui est exquise pour le canal anal, pouvant aller jusqu'à la syncope au cours d'une dilatation, dépend soit du nerf du muscle du releveur, soit du nerf hémorroïdal, soit enfin du nerf sphinctérien accessoire.

Cette sensibilité s'atténue au-dessus des valvules de Morgagni pour disparaître complètement.

A 4 ou 5 centimètres du sphincter, la muqueuse rectale est uniquement sensible à la distension.

La distension donne, en effet, lieu à une sensation diffuse — le tenesme — sensation que l'on explique par la pression exercée à travers le rectum, sur les muscles striés, releveur et sphincter de l'anus, et par un tiraillement des nerfs situés dans le mésentère.

Au cours d'un examen rectoscopique normal, il est aisé de constater l'insensibilité absolue de la muqueuse rectale.

Tandis que toute intervention sur la région hémorroïdaire est excessivement douloureuse, le malade ne sent rien lorsqu'on enlève un polype ou lorsqu'on cautérise une ulcération haut situés.

Il ne perçoit pas davantage le frottement de la muqueuse avec l'extrémité du rectoscope.

Motricité et secrétion.

L'activité motrice de l'intestin est sous la dépendance du système sympathique autonome; cependant, elle peut être influencée par le névraxe cérébro-médullaire. Ainsi

s'explique le relâchement intestinal des personnes émotives.

De plus, le système sympathique étant commun à tous les viscères abdominaux et ses filets qui innervent l'intestin s'anastomosant avec des filets qui vont à d'autres organes ou qui en viennent, on comprend aisément la répercussion que peuvent avoir sur la fonction sécrétoire les désordres pathologiques des organes de voisinage.

Etiologie

Les névralgies ano-rectales secondaires à des affections génitales ne se rencontrent jamais chez les enfants ou adolescents. Il est aisé de comprendre que ces névralgies ne peuvent se manifester que chez des gens possédant un appareil génital complètement développé, ayant présenté un fonctionnement et une activité susceptibles d'avoir provoqué des inflammations plus ou moins marquées ou d'avoir nécessité des interventions d'ordre thérapeutique.

C'est ainsi que les malades chez lesquels nous les avons constatées, n'avaient jamais moins de 25 ans, ni plus de 65 ans.

Relativement rares chez les hommes — nous n'en avons que deux observations — elles sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes.

Quand on réfléchit à la disposition complexe, uniquement intra-pelvienne des organes génitaux féminins, aux nombreuses infections dont ils sont le siège, aux multiples interventions dont ils sont l'objet, quand on voit combien est grande la richesse des ganglions et filets nerveux du sympathique dans le pelvis de la femme, on ne s'étonne plus de cette disproportion.

Comme dans l'étiologie de toutes les névralgies, il y a lieu de considérer des causes déterminantes, des causes prédisposantes, des causes occasionnelles.

Causes déterminantes.

Ces causes, constituant le fond de notre étude, sont essentiellement les affections portant sur les organes génitaux.

Il ne s'agit pas d'affections génitales aiguës et encore en évolution, mais d'affections anciennes, éteintes depuis plusieurs années, dont les malades ne présentent plus aucune manifestation à l'examen. Ce sont encore des interventions, soit d'ordre chirurgical, soit d'ordre radio et radiumthérapique, à la suite desquelles et le plus souvent, plusieurs mois ou plusieurs années après, les malades ont commencé à ressentir des douleurs localisées à la région ano-rectale.

Chez la femme, l'utérus et ses annexes jouent un rôle important dans la genèse des névralgies ano-rectales.

Nous avons pu en recueillir une quinzaine d'observations, qui se dénombrent ainsi :

Rétrodéviations utérines avec adhérence.	2 observations
Métrite et annexite.	3 observationc
Interventions radio ou radium thérapiques.	4 observations
Hystérectomie	6 observations

Chez l'homme, au contraire, les névralgies ano-rectales sont beaucoup plus rares.

Cette rareté peut s'expliquer par le volume plus restreint, la situation fixe de ses organes génitaux intra-pelviens.

Les deux observations que nous rapportons concernent des névralgies consécutives, l'une à une prostatite, l'autre à une spermatocystite.

Nous n'avons jamais constaté de névralgies ano-rectales au cours de l'hypertrophie de la prostate.

Causes prédisposantes.

Les malades qui, au cours de leur existence, ont souffert d'affections génitales ou qui ont dû subir des interventions sur leurs organes génitaux sont innombrables et pourtant combien restreint est le nombre de ceux qui présentent des névralgies ano-rectales secondaires à des affections génitales. On pourrait se demander d'où vient cette forte disproportion.

Ne fait donc pas, qui veut, une névralgie ano-rectale ? Une prédisposition particulière serait-elle donc en jeu ?

Il est en effet vraisemblable que le terrain névropathique joue un rôle indiscutable dans la genèse de ces névralgies.

Nos malades semblent toujours avoir présenté un déséquilibre de leur système neuro-végétatif : les uns avaient souffert de cenestopathies diverses, les autres avaient présenté depuis leur adolescence une instabilité d'humeur, plus encore une irratibilité de caractère — manifestations qui existaient antérieurement aux affections génitales dont les malades avaient été l'objet, mais qui, par la suite, s'étaient accusées davantage, au point d'atteindre un état paroxystique pénible pour elles-mêmes et leur entourage.

Il est certain que chaque fois que nous avons eu l'occasion d'examiner ces malades, nous nous trouvions en présence de cette catégorie particulière de femmes qui ont « cet excès dans la faculté de sentir » et « ce fort privilège que possèdent certaines femmes de ressentir la douleur plus vivement que d'autres ». (Dalché).

Causes occasionnelles.

Diverses, ces causes semblent devoir être mentionnées comme ayant renforcé et quelquefois provoqué une crise de névralgie ano-rectale.

Les émotions violentes, le surmenage intellectuel, mais plus encore physique, les excès de table, ainsi que les abus d'alcools ou de breuvages énervants, plus rarement les poussées congestives des périodes cataméniales ou encore les rapports sexuels ont pu être notés dans l'apparition, mais principalement dans l'exacerbation d'une crise.

Enfin, l'influence des conditions atmosphériques doit entrer en ligne de compte dans l'intensité, la répétition et la durée de ces états paroxystiques. Telle malade nous affirme avoir constaté la ténacité et la violence de ces manifestations douloureuses ano-rectales lorsque le temps était pluvieux ou simplement très humide. Telle autre appréhendait davantage les époques orageuses de l'année pendant lesquelles — disait-elle — les décharges électriques de l'atmosphère « résonnaient au niveau de son rectum ».

Symptomatologie

Les malades qui souffrent de douleurs siégeant à la région ano-rectale, viennent généralement consulter longtemps après le début de leurs troubles douloureux.

Ce n'est que devant la ténacité et l'intensité de ces douleurs, devant l'échec des traitements qu'ils ont suivis et dont ils n'ont éprouvé qu'une sédation plus ou moins prolongée qu'ils viennent, tantôt spontanément, tantôt sur le conseil de leur médecin, pour subir un examen endoscopique.

La plupart de ces malades, démoralisés, obsédés par la crainte qu'ils ont d'avoir un cancer du rectum nous arrivent dans un tel état de dépression nerveuse ou de découragement, qu'il est souvent difficile d'obtenir d'eux des précisions exactes sur l'intensité, le siège, les irradiations, la durée des douleurs continues ou paraxystiques qu'ils ressentent au niveau de la région ano-rectale.

Nous rapportant aux descriptions classiques des auteurs qui se sont occupés des hyperesthésies ano-rectales, nous étudierons comme eux la symptomatologie de ces névralgies, sous leurs deux formes, rectale et anale.

Dès maintenant, nous insisterons sur ce fait que la névralgie rectale se différencie de la névralgie anale par les caractères suivants :

La névralgie rectale se manifeste avant tout par une douleur que le malade localise en un point déterminé et profond du rectum. Cette douleur se projette d'une façon

constante de chaque côté de la crête sacrée. A l'examen endoscopique, dans la zone douloureuse indiquée par le malade, on ne constate cependant aucune modification macroscopique de la muqueuse rectale.

La névralgie anale est, au contraire, une paresthésie de la région anale. C'est une douleur superficielle de la virolle sphinctérienne. Dans quelques cas, il est possible de constater une contracture du sphincter, mais celle-ci, facile à vaincre, n'atteint jamais l'intensité de la contracture des états fissuraires.

La névralgie rectale, comme la névralgie anale, peuvent se rencontrer à l'état pur.

Cependant, ainsi que le prouvent nos observations, elles sont le plus souvent associées.

La névralgie rectale.

DÉBUT

Le début de cette névralgie est toujours insidieux, progressif. Tout d'abord, c'est une simple gêne, une impression de tension douloureuse, une sensation d'endolorissement qui se précise. Ces sensations diverses, localisées plus ou moins haut dans le rectum, primitivement intermittentes, sont ressenties de plus en plus fréquemment et au bout d'un temps plus ou moins long deviennent presque permanentes.

A ces sensations déjà pénibles, se surajoutent des douleurs plus précises dont l'interprétation descriptive varie selon les malades et que nous allons retrouver dans toute leur intensité à la période d'état.

PÉRIODE D'ÉTAT

Les douleurs qui s'étaient ébauchées progressivement, ont atteint toute leur acuité. Elles se manifestent tantôt

par crises passagères paroxystiques, à début et à terminaisons brusques, tantôt sous forme de douleurs subintrantes, continues, tracassant le malade pendant plusieurs heures, quelquefois pendant des journées entières.

Ces douleurs ont des caractères que les malades interprètent diversement.

Sensation de tiraillements, de brûlures, de plaies à vif, de rongement, ou encore douleurs sourdes, prfondes, lancinantes.

Dans certains cas, ces douleurs sont moins vives et moins accusées, mais par leur persistance et leur ténacité, n'en constituent pas moins, pour les malades, une véritable infirmité.

Elles occupent toute l'étendue du rectum et la région sacro-coccygienne, se projetant d'une façon constante, particulièrement marquée, le long et surtout de chaque côté de la crête sacrée. De là, elles irradient vers l'anus, le périnée, vers la base du scrotum ou vers les grandes lèvres. Chez les femmes principalement, on peut noter des irradiations plus lointaines, qu'elles localisent tantôt dans toute la région lombaire, tantôt dans les fesses et même dans les mollets, sur le trajet d'un ou des deux nerfs sciatiques.

Les irradiations vésicales ne sont pas constantes, mais quand elles existent, s'accompagnent de troubles de la miction et principalement de pollakiurie.

Ces douleurs peuvent, dans certains cas s'accompagner de troubles de la défécation, sensation de tenesme, de faux besoin et le malade s'efforçant de rejeter des matières ou à défaut, quelques glaires, éprouve souvent, à la suite de cette expulsion, une détente, quelquefois une sédation complète de ses douleurs, et c'est là un fait sur lequel nous voulons insister, les douleurs ne sont jamais consécutives à la défécation. Elles sont antérieures et peuvent être même calmées par l'expulsion de matières.

L'horaire des crises douloureuses est excessivement variable, non seulement chez des malades différents, mais encore chez le même malade.

Tantôt les douleurs apparaissent dès le lever, tantôt elles s'accusent au point de devenir très pénibles lorsque le malade est resté longtemps assis.

Certains malades présentent leur crise après les fatigues de la journée et trouvent dans le repos au lit un rapide soulagement. D'autres enfin souffrent plus spécialement la nuit et, tracassés à la fois par leurs douleurs rectales et l'insomnie, se révèlent plusieurs fois pour trouver dans la station debout, dans la marche ou par des bains de siège une détente passagère.

Ces crises paroxystiques, généralement à début et à terminaison brusques, durent un temps très variable : de quelques minutes à deux ou trois heures. Elles peuvent même se répéter plusieurs fois dans la même journée. Elles se renouvellent ainsi pendant plusieurs jours consécutifs, puis d'une façon brusque ou progressive, soit spontanément, soit sous l'influence d'une thérapeutique efficace, elles ne se reproduisent plus pendant une période plus ou moins longue.

Même pendant ces périodes d'accalmies, la plupart des malades ressentent une pesanteur plus ou moins marquée dans le rectum, véritable « douleur intervallaire » qui rappelle à ces malades qu'ils ne sont pas guéris et qui leur fait appréhender le retour de nouveaux troubles paroxystiques.

EXAMEN

1° *Examen de la région sacrée*

La sensibilité de la région coccygienne et de la région périnéale peut, dans certains cas, être exagérée, sans tou-

tefois qu'il soit possible de provoquer par la pression une douleur nettement localisée. Par contre, et surtout chez les femmes, on réveille par la pression une douleur assez vive, en dehors de la crête sacrée, au point d'émergence des nerfs sacrés postérieurs.

2° *Examen de la région ano-rectale*

La marge de l'anus présente un aspect normal, sans aucune modification des téguments.

Le toucher rectal est facile et peu douloureux. La contracture sphinctérienne, quand il arrive de la constater, est à peine marquée. Le sphincter se laissant aisément distendre, on peut toujours pratiquer une rectoscopie.

RECTOSCOPIE

Cet examen pratiqué aussi minutieusement que possible, permet de constater l'intégrité absolue de la muqueuse rectale.

Celle-ci, jusqu'à 15 et 20 c. est absolument normale, aussi bien dans son aspect que dans sa coloration.

Même dans la zone que le malade indique comme étant le siège maximum de sa douleur profonde, on ne peut relever aucune lésion macroscopique de la muqueuse qui offre le même aspect que la muqueuse rectale normale.

Tout au plus est-il possible de déterminer avec un tampon d'ouate monté sur une baguette, un placard hyperesthésique et la pression que l'on effectue à ce niveau peut provoquer une douleur assez vive. Toutefois, cette constatation est inconstante.

EXAMEN GÉNÉRAL

L'examen du système nerveux met généralement en évidence des réflexes rotuliens et achilléins vifs, ainsi qu'une excitabilité générale plus ou moins marquée.

Le psychisme des malades, souvent amaigris, est généralement atteint par cette affection tenace, débilitante ?

La névralgie anale.

Débutant comme la névralgie rectale, d'une façon insidieuse et progressive, la névralgie anale secondaire aux affections génitales est caractérisée par sa localisation à la région anale et par la présence, à l'examen, d'une contracture sphinctérienne plus ou moins accusée.

Les phénomènes douloureux surviennent tantôt par crises passagères durant seulement quelques minutes, tantôt par crises subintrantes tracassant le malade toute la journée. Dans certains cas, le malade éprouve une cuisson de toute la région anale avec sensation de contracture du sphincter. C'est toujours sur un fond de douleurs sourdes que viennent se greffer des épisodes paroxystiques.

La douleur, qui a toujours son maximum à l'anus, irradie au coccyx, dans le périnée, quelquefois vers la vessie.

Les irradiations lointaines, soit dans la région lombaire, soit dans les fesses, sont bien moins souvent constatées qu'au cours de la névralgie rectale.

Par contre, les troubles de la défécation sont beaucoup plus marqués. Le malade, tracassé par le tenesme, les faux besoins, essaye d'aller fréquemment à la garde-robe, dans l'espoir d'y trouver un soulagement. L'expulsion des matières, généralement filiformes ou fractionnées, n'exagère pas la douleur; dans certains cas, au contraire, elle l'atténue.

Enfin, caractère essentiel, ces douleurs ne sont pas consécutives à la défécation, comme dans le cas de fissure anale.

EXAMEN

Alors que le maximum de douleur siège au niveau de l'anus et que l'on pouvait s'attendre à découvrir une lésion même minime de la marge de l'anus ou des téguments ano-périneaux, l'examen le plus minutieux donne un résultat négatif. Dans quelques cas rares, on a pu noter du vitiligo.

On constate souvent une hyperesthésie de la zone cutanéo-muqueuse de l'anus, mais comme l'a constaté Millon, la pression de la région péri-anale, de la fosse ischio-rectale et des filets nerveux qui se rendent à l'anus, ne provoque aucune douleur.

Le toucher rectal, que les malades d'ailleurs appréhendent, doit être doucement et lentement pratiqué en raison de la contracture du sphincter.

Cette contracture sphinctérienne est d'ailleurs tout à fait différente de celle que l'on rencontre dans les états fissuraires. Elles n'est pas suffisamment marquée pour nécessiter une anesthésie locale préalable. La pénétration du doigt est toujours possible, mais elle réveille une douleur sur la totalité ou une partie de la virole sphinctérienne.

L'examen endoscopique montre, comme dans la névralgie rectale, une muqueuse ano-rectale non modifiée et indemne de toute lésion.

Les phénomènes généraux varient suivant l'acuité des douleurs et sont sensiblement les mêmes que ceux observés dans la névralgie rectale.

Soit sous l'influence d'un traitement approprié, soit spontanément, les douleurs s'atténuent, mais même pendant ces périodes de rémission, il persiste généralement une « douleur intervallaire plus ou moins prononcée. »

La névralgie anale est excessivement variable d'un sujet à l'autre, aussi bien dans son intensité que dans

l'évolution de ses crises paroxystiques et de ses douleurs continues.

C'est ainsi que l'on a pu en distinguer trois types cliniques qui, d'ailleurs, n'englobent pas tous les aspects intermédiaires sous lesquels se présente la névralgie anale, laquelle, comme l'a montré Millon, est *polymorphe* au possible.

FORME GRAVE

Ce sont des douleurs violentes et continues, avec paroxysmes répétés, qui déprime le malade pendant des mois, des années et qui ne sont guère modifiées par toutes les tentatives thérapeutiques.

Dans certains cas, elles sont si atroces et si répétées que les malades arrivent à un état voisin de la vésanie qui les conduirait même au suicide.

FORME MOYENNE

Les douleurs, plus ou moins intenses, n'apparaissent que par intermittence. Les paroxysmes, peu marqués, ne se manifestent, généralement qu'à la suite de fatigue, d'émotions violentes, de tracas ou d'écarts de régime. Pendant les périodes d'accalmie, le malade ne ressent plus aucune gêne au niveau de l'anus.

Les traitements auxquels il est soumis apportent une amélioration progressive. Les paroxysmes deviennent de plus en plus rares, les douleurs s'atténuent et finissent par disparatre complètement.

FORME BÉNIGNE

A de rares intervalles, plus spécialement chez les femmes, se produisent, au cours du sommeil, des crises de spasme douloureux de l'anus.

Survenant brusquement, ces crises d'ailleurs très courtes, ont une intensité suffisante pour réveiller les malades, mais cèdent aussi rapidement qu'elles ont débuté.

Sous l'influence d'un traitement approprié, elles disparaissent d'une façon définitive.

Quelques-unes de nos observations réalisent le tableau symptomatologique soit d'une névralgie rectale pure, soit d'une névralgie anale pure.

Mais le plus souvent, les névralgies qui sont secondaires aux affections génitales et aux opérations chirurgicales, ne sont pas localisées d'une façon aussi absolue, soit à la région rectale, soit à la région anale.

Les sensations douloureuses se rencontrent associées dans des conditions diverses.

Tantôt les douleurs s'étendent avec la même intensité et simultanément à la région ano-rectale toute entière, tantôt elles débutent soit au niveau du rectum, soit au niveau de l'anus, mais par la suite, elles se manifestent sur toute l'étendue du segment ano-rectal. Enfin, dans certains cas, les accès paroxystiques prédominent au niveau du rectum, alors que la région anale est le siège d'un simple endolorissement. Le fait inverse peut également se rencontrer.

Les Névralgies ano-rectales secondaires aux affections génitales chez la Femme

Chez les femmes, les phénomènes névralgiques sont fréquents au cours des affections utéro annexielles.

On peut se demander quelle est la place qu'occupent les névralgies ano-rectales parmi les localisations déterminées que l'on a le plus souvent constatées.

Bassereau, Valleix, Malgaigne signalent comme névralgies à distance, dans les affections génitales, soit la névralgie intercostale, soit la névralgie lombo-abdominale, et insistent sur ce fait que le point de départ de ces névralgies est la matrice affectée.

Desplats, en 1868, dans sa thèse, se basant sur les constatations anatomiques des anastomoses que les nerfs de l'utérus affectent avec ceux des plexus sacré et lombaire, est le premier à noter, dans les affections de la matrice, la fréquence de la névralgie lombo-abdominale, mais aussi de douleurs sciatiques, de douleurs de la région sacrée et même de la région anale.

« On voit, dit-il, de malheureuses femmes, atteintes d'engorgement ou déplacement de la matrice, tourmentées pendant de longs mois par des gastralgies, accompagnées de névralgies lombo-abdominales, intercostales

et même faciales. Dans ce cas, il faut se souvenir des sympathies secrètes qui relient entre eux les organes et la solidarité qui existe entre eux. » (Desplats.)

En 1875, Siredey attire l'attention de ses élèves sur la persistance des douleurs névralgiques lombo-abdominales après que la phlegmasie utérine ou péri-utérine qui leur avait donné naissance a disparu.

Villain, en 1894, reprend dans sa thèse l'étude des névralgies à distance dans les affections utérines et insiste sur ce point que la réaction est d'autant plus violente que le système nerveux était mieux préparé par des tares héréditaires.

Enfin, en 1921, Daché, dans un article, montre toute l'importance clinique des douleurs lombaires chez les femmes, dont il fait une étude étiologique.

Mais, de nos recherches, nous avons conclu que si les divers auteurs avaient décrit les névralgies intercostale, faciale, sciatique, lombo-abdominale et même sacrée, comme autant de troubles dits sympathiques, consécutifs à des affections utérines ou péri-utérines, aucun d'entre eux ne semble avoir eu l'attention attirée par la constatation d'une névralgie vraiment localisée au segment ano-rectal.

La névralgie ano-rectale ne serait-elle qu'une forme particulière d'une névralgie pelvienne ?

Evidemment, chez la majorité de nos malades, bien que le maximum de gêne, de douleurs à type névralgique, siège en un point bien localisé, il a été presque toujours possible de déceler chez elles des douleurs diffuses, moins accusées, il est vrai, qui sont en quelque sorte reléguées au second plan, mais qui réalisent cependant d'une façon plus ou moins floue, les aspects si variés des névralgies pelviennes. Ce sont des douleurs irradiées dans les lombes, dans la région périnéale et vulvaire, se manifestant même dans les membres inférieurs.

Depuis que Richelot attira le premier, en France, l'attention sur les névralgies pelviennes, nombreux sont les gynécologues qui ont contribué à éclairer ce chapitre complexe de la pathologie.

Il y a quelques années, on pensait encore que le neuro-arthritisme, l'état constitutionnel de la malade ou son hérédité nerveuse permettaient d'expliquer ces névralgies. Actuellement, les auteurs insistent sur ce point que l'absence de toute lésion décelable à l'examen clinique ne signifie pas absence de lésion anatomique au niveau de l'appareil utéro-annexiel et ils ajoutent d'ailleurs que ce ne sont pas les lésions les plus accusées qui sont la cause des névralgies les plus violentes.

Quenu attribue certaines névralgies pelviennes à un varicolé tubo ovarien; Lejars insiste sur l'importance des altérations du péritoine pelvien et du paramètre et rattache l'histoire de ces névralgies pelviennes aux reliquats de pelvi-péritonite ancienne et méconnue.

Enfin, Macé de Lépinay écrit que « les névralgies pelviennes constituent un syndrome caractérisé par des douleurs paroxystiques, intermittentes ou rémittentes, siégeant sur le trajet des nerfs du petit bassin. Elles ne forment pas une entité morbide et l'on comprend sous ce titre « des cas très divers au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'étiologie, ces cas n'ayant de commun que les symptômes douloureux considérés dans leur physionomie et leur allure générale ». (Labadie-Lagrave et Legueu).

Nombreuses sont les altérations génitales, même très minimes, qui peuvent provoquer et entretenir une névralgie pelvienne.

En dehors des fibromes, kystes de l'ovaire, un déplacement de l'utérus ou ovarien, une lésion du col peuvent provoquer un syndrome douloureux.

A la suite de lésions inflammatoires, tout d'abord localisées à l'appareil utéro annexiel, l'infection a pu, par diffusion, s'infiltrer à travers le péritoine jusqu'au plexus hypogastrique sous-jacent et s'accompagner en même temps de paramétrite postérieure que Schultze décrivit le premier et qui peut s'étendre peu à peu, par voie lymphatique et sous-séreuse à la région des ligaments utéro sacrés.

L'infection initiale peut encore se traduire seulement par l'existence de quelques adhérences, dans le fond du cul-de-sac de Douglas et, en ces dernières années, le professeur Condamin, à Lyon, a particulièrement insisté sur le rôle complexe de la Douglassite qui, se manifestant électivement, au point de vue clinique, par des signes d'irritation du plexus hypogastrique, peut donner lieu à des troubles importants du côté du rectum et du côté de la vessie.

Nous avons pu recueillir une quinzaine d'observations de névralgies ano-rectales secondaires à des affections génitales.

Névralgie ano-rectale secondaire a une rétrodéviation utérine avec adhérences.

Observation I

Mme Pe..., 44 ans, ménagère.

Vient consulter le 15 mars 1929 pour des douleurs ano-rectales dont l'apparition remonte à deux ans.

Intermittentes et supportables jusqu'en janvier 1929, ces douleurs sont actuellement presque quotidiennes. Depuis une huitaine de jours, en fin de journée, elles prennent un véritable caractère paroxystique.

La malade les compare à une sensation de tiraillements profonds, s'accompagnant de cuisson intense au niveau de l'anus. Ces douleurs irradient dans toute la région sacrée, dans le périnée et dans les fesses.

La crise dure environ une heure. Aussitôt couchée, les douleurs s'atténuent progressivement et font place à un endolorissement de toute la région ano-rectale n'empêchant pas la malade de dormir, mais persistant encore au réveil.

La malade va irrégulièrement à la selle. La défécation n'accuse pas l'endolorissement. En plusieurs fois, la malade a constaté que l'expulsion des matières lui procure une véritable détente, mais que les douleurs reprennent deux ou trois heures après.

Il y a deux mois, aurait eu une crise de diarrhée s'accompagnant de procidence facilement réductible. Jamais de sang rouge à la défécation. Se plaint en outre d'inappétence, de digestions pénibles, d'amaigrissement.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. A deux enfants bien portants. Pas de fausses-couches. Mais depuis une dizaine d'années, règles douloureuses et abondantes.

A L'EXAMEN. — Points douloureux en dehors de la crête sacrée. Aucune modification de la zone cutanéo-muqueuse de l'anus.

Le toucher rectal, à peine douloureux (il n'existe d'ailleurs pas de contracture du sphincter), ne réveille pas de douleur localisée. Sous la paroi antérieure du rectum, on sent le fond utérin.

A la rectoscopie, pratiquée jusqu'à 15 centimètres, on voit une muqueuse non congestionnée, sans lésions, mais plus lâche que normalement.

Bien que l'on ne constate pas de bourrelet hémorroïdaire, on pratique quatre injections sclérosantes. Celles-ci, bien supportées, ne calment nullement les douleurs.

Avant de pratiquer une cinquième injection, la malade se

plaignant que ses douleurs sont encore plus accusées et plus tenaces, on refait un examen complet.

L'attention est à nouveau attirée par la présence du fond utérin sous la paroi antérieure du rectum. La pression, à ce niveau, ne réveille pas de douleurs; le toucher vaginal permet de constater que les culs-de-sac latéraux sont libres, mais cul-de-sac postérieur effacé. L'utérus semble plus volumineux que normalement. Le fond utérin est fixé dans le douglas.

A ce niveau, le toucher est très douloureux.

Envoyée dans un service de gynécologie, on confirme cette constatation. Il n'y a pas de fibrome.

La malade ne veut pas entendre parler d'opération et vient nous retrouver.

On porte le diagnostic de névralgies ano-rectales secondaires à une rétroversion utérine associée à des lésions possibles de douglassite. On fait suivre à la malade une série de vingt séances de diathermie trans-abdomino-rectale.

Dès la huitième séance, la malade est nettement améliorée. Les douleurs se font de plus en plus rares et ne sont plus paroxystiques.

Quand la malade est restée un jour sans aller à la selle, elle ressent une pesanteur rectale pénible avec sensation de brûlure ano-rectale. On lui prescrit l'huile de paraffine, semences de psyllium et sédatif nervin.

A la vingtième séance, la malade ne souffre plus.

Elle éprouve, de temps à autre, un léger endolorissement de la région ano-rectale. Aucune crise depuis un mois.

En octobre 1929, elle revient car elle a ressenti, depuis une quinzaine, des douleurs assez accusées après une grande fatigue.

On tente chez elle un traitement par insufflations d'oxygène radio actif. A la quinzième séance, le résultat obtenu n'est pas satisfaisant. Les douleurs, quoique irrégulières et supportables, persistent.

On a recours à une nouvelle série de diathermie trans-abdomino-rectale qui les font disparaître complètement.

La malade, très satisfaite du résultat, promet de venir nous retrouver dès qu'elle recommencera à souffrir.

Observation II

Névralgie ano-rectale secondaire a une rétroversion uterine malgré ligamentopexie.

Mme Sor..., 36 ans.

Consulte en juillet 1925 pour pesanteur ano-rectale, presque permanente, dont l'apparition remonte à six ans.

Faux besoins. Eprouve un gros soulagement après l'expulsion des matières fécales.

Irradiations vers les lombes, vers le périnée et le long des deux sciatiques.

A été opérée en avril 1925 pour rétroversion utérine.

Ligamentopexie et appendicectomie.

Aucune amélioration des sensations douloureuses.

Envoyée par son médecin pour examen endoscopique.

Examen. — Aucune lésion de la muqueuse ano-rectale.

Toucher vaginal : réveille une douleur assez accusée au niveau du douglas.

Douze séances de haute fréquence ne donnent aucune amélioration.

On prescrit quinze séances d'insufflations.

Se sent soulagée le jour du traitement, mais continue à souffrir dans l'intervalle des séances.

Continue le traitement.

Quinze séances de haute fréquence ne donnent aucun résultat appréciable.

On conseille anti-nervins variés et cachets ovariens, la malade devant s'absenter un mois.

Revient en octobre 1928 et devant la persistance des sensations douloureuses paroxystiques, on commence un traitement par les insufflations d'oxygène radio-actif.

A la quatrième séance, les douleurs sont moins vives.

A la huitième, les irradiations douloureuses dans les membres inférieurs ont complètement disparu.

A la vingtième séance, la malade est très soulagée, l'état général est nettement amélioré.

Au moment de ses règles, elle ressent encore des élancements au niveau du rectum, ainsi qu'une sensation de brûlure légère.

Observation II

Névralgie ano-rectale secondaire a une métrite chronique.

Mme Bacq, 54 ans.

Vient à la consultation en avril 1928 pour troubles rectaux remontant à trois mois.

Au début, simple pesanteur rectale et légère cuisson au niveau de l'anus; puis les selles deviennent de plus en plus glaireuses.

Depuis quelques semaines, apparition de douleurs survenant une demi-heure ou une heure après avoir été à la selle et durant toute la journée avec la même intensité.

Ces douleurs sont ressenties à l'intérieur du rectum avec irradiations vers le périnée et sont comparables à celles d'une plaie à vif.

Antécédents. — Métrite soignée pendant une dizaine d'années, ayant nécessité une dilatation du col en 1915 et une autre en 1923.

Ménopause en 1922. Pas de leucorrhée depuis cinq ans.

Aurait eu une seule fois, il y a un an, un peu de sang rouge sur les matières, à la suite d'une période de constipation.

Une rectoscopie pratiquée le 17 avril 1928 met en évidence un petit bourrelet hémorroïdaire n'expliquant pas l'intensité des douleurs.

Pas de fissure.

Toucher vaginal : les culs-de-sac vaginaux sont libres. On réveille cependant une douleur assez vive en mobilisant le col utérin et en explorant le cul-de-sac postérieur.

Traitée par les insufflations d'oxygène radio-actif; au bout de cinq séances, diminution des crises douloureuses.

Au bout de vingt séances, disparition complète des douleurs. La malade n'a plus d'insomnies, les selles sont redevenues normales, faciles. L'état général est meilleur.

En novembre 1928, la malade éprouvant à nouveau un élancement à l'intérieur du rectum, on pratique une nouvelle rectoscopie qui montre une muqueuse normale jusqu'à 20 centimètres.

Une nouvelle série d'insufflations améliore complètement la malade.

En septembre 1929, ressent à nouveau une douleur lancinante, permanente, comparable à un rongement, plus accusée après la défécation et qui irradie vers le périnée, les cuisses et jusque dans les mollets. Les nuits sont mauvaises. La malade se plaint d'être depuis quelques semaines très irritable, émotive et anxieuse.

Nouvelle rectoscopie.

Muqueuse normale, non congestionnée.

On note un point douloureux à 10 centimètres de l'anus

Nouvelle série d'insufflation. Amélioration nette dès la dixième séance. Eprouve un peu d'agacement intermittent, localisé au niveau de l'anus, sans aucune irradiation.

Les nuits sont redevenues bonnes. Selles normales, moulées. Etat général satisfaisant.

OBSERVATION IV

NÉVRALGIE RECTALE SECONDAIRE A UNE MÉTRITE.

Mme Sp..., 34 ans. Février 1930.

Douleurs rectales depuis trois mois.

Tantôt douleurs sourdes, tantôt sensation de plaie à vif localisée profondément. Irradiations sacrées.

A présenté à quinze jours d'intervalle deux crises excessivement douloureuses de courte durée. L'une de ces crises l'a réveillée pendant son sommeil, l'autre s'est produite après une longue station assise.

Selles régulières. Pas de rectorragies.

Etat névropathique certain.

Antécédents. — Fausse-couche il y a sept ans, à la suite de laquelle métrite soignée pendant deux ans.

Deux enfants : 15, 10 ans, bien portants.

Actuellement, pas de pertes.

Règles douloureuses et abondantes.

Dyspareunie depuis quelques mois.

Au toucher rectal : on sent un fond utérin accolé sous la paroi antérieure rectale; douloureux à la pression.

Aucune lésion de la muqueuse.

EXAMEN DE L'APPAREIL GÉNITAL. — Le cul-de-sac postérieur est effacé et très douloureux. On bute contre le corps utérin.

On n'arrive pas à mobiliser l'utérus, qui est fixé.

Suit une vingtaine de séances de haute fréquence.

Très améliorée, mais ressent quelques élancements au niveau du rectum, à la suite de son travail.

OBSERVATION V

NÉVRALGIE ANO-RECTALE SECONDAIRE A UNE SALPINGITE CHRONIQUE.

Mme Pic..., 37 ans.

Consulte en février 1928 pour douleurs rectales lancinantes,

sans horaire fixe, mais plus accusée vers le soir. Se plaint de brûlures de la marge de l'anus et d'irradiations douloureuses vers la crête sacrée et les membres inférieurs.

Très irrégulièrement, mais principalement quelques jours avant ses règles, qui sont douloureuses et prolongées, a présenté au cours des derniers six mois des crises paroxystiques très pénibles, ayant cédé par la position allongée.

Ces troubles rectaux auraient débuté il y a cinq ans, à la suite d'un traitement électrique pour salpingite chronique.

Pas de constipation; selles quelquefois accompagnées de glaires; pas de faux besoins.

La défécation n'a jamais provoqué une crise douloureuse

Pas de pertes.

Un examen gynécologique datant d'un mois a été absolument négatif.

Examen. — Aucune lésion anale.

Muqueuse ano-rectale absolument normale jusqu'à 20 centimètres. Pas de bourrelet hémorroïdaire.

Plusieurs séances de haute fréqence ne donnent aucune amélioration; il semble même que les douleurs sont plus accusées.

On institue un traitement par insufflations d'oxygène radio actif. A la quatrième séance, les douleurs sont déjà moins vives. A la huitième séance, disparition complète des irradiations douloureuses dans les membres inférieurs. A la vingtième séance, état général nettement amélioré.

Lorsque la malade est constipée, elle ressent encore des brûlures intermittentes au niveau de l'anus.

Observation VI

Névralgie ano-rectale a la suite d'une intervention radiothérapique

Mme Saud..., 56 ans.

En 1927, la malade ayant des métrorragies depuis plusieurs

mois, consulte un médecin qui trouve un fibrome. Il l'adresse à une clinique où on fait à la malade de la radiothérapie.

Par la suite, plus de métrorragies.

Mais la malade se plaint d'une grosse constipation qui s'accompagne de temps en temps de faux besoins.

La défécation n'est pas douloureuse.

En juillet 1928, pendant une huitaine de jours, ressent une douleur permanente à l'intérieur du rectum. Cette douleur ne présente pas de paroxysmes vrais, elle est cependant plus marquée la nuit. Elle s'irradie le long du sacrum, vers le périnée, quelquefois jusqu'aux grandes lèvres.

La malade part en vacances à la campagne. Elle ne ressent rien jusqu'au 25 décembre 1928.

A cette époque, elle est en proie à une violente crise qui dure un mois. Cette sensation douloureuse rectale, ressentie au cours de juillet, a fait place à des brûlures plus intenses, brûlures lancinantes, empêchant complètement la malade de dormir. Elle se plaint d'un mauvais état général, très nerveux, irritable. Anorexie. Un peu d'amaigrissement. Selles normales, quotidiennes. Pas de sang.

C'est au cours de cet épisode qu'elle vient consulter dans le service du docteur Bensaude.

Le toucher rectal est un peu douloureux, mais pas de fissure.

La rectoscopie montre une muqueuse rectale normale jusqu'à 18 centimètres. Il existe un petit bourrelet hémorroïdaire un peu congestionné.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est à peine plus gros que normalement. Culs-de-sac vaginaux libres. Réflexes vifs. Pas de spécificité.

Grâce à une médication calmante générale et à une série de séances de haute fréquence, la malade est franchement améliorée.

En décembre 1929, la malade revient nous consulter, car depuis une quinzaine, elle a été reprise de crises douloureu-

ses irrégulières, mais dont l'intensité augmente progressivement. Ce sont des douleurs profondes, lancinantes, irraidant principalement vers la crête sacrée. Elle a, de plus, remarqué qu'elle éprouve une cuisson assez violente de la région anale qui n'a aucun rapport avec la défécation.

Se plaint enfin de cénestopathies diverses et de l'instabilité de son humeur.

Un nouvel examen rectoscopique est pratiqué; il ne fait que confirmer le diagnostic déjà posé de névralgie ano-rectale.

Quinze séances d'insufflation d'oxygène radio actif n'amènent aucune amélioration; la malade, au contraire, se plaint que ses crises sont encore plus violentes.

On prescrit un traitement par la diathermie trans-abdomino-rectale. Au bout de dix séances, la malade se dit soulagée, mais non guérie.

L'état psychique est meilleur.

Dix nouvelles séances de diathermie, associées à un traitement opothérapique, confirme l'amélioration.

Observation VII

Névralgie rectale a la suite d'une intervention radiothérapique pour fibrome.

Mme Arn..., 48 ans, vient consulter le 22 juin 1929.

En 1919, fibrome utérin traité par les séances radiothérapiques à la suite desquelles persistent une pesanteur sus-pubienne et pesanteur dans la fosse iliaque droite.

Depuis trois ans, souffre du rectum. Elle y ressent, dit-elle, une douleur semblable à une écorchure, à une plaie à vif qu'elle localise assez loin de l'anus. Cette douleur, s'irradiant vers le sacrum et la partie supérieure des cuisses, est plus marquée lorsque la malade reste assise et après qu'elle a été à la selle, ou après avoir pris un lavement.

La malade, en effet, a des selles irrégulières, rarement moulées, mais ni peaux, ni glaires, ni présence de sang.

A présenté depuis quelques semaines du tenesme et des faux besoins.

A toujours présenté, depuis les séances de radiothérapie, des troubles de la miction. Cuisson le long de l'urèthre. Les urines, peu abondantes, sont, dit-elle, chargées.

Etat névropathique indiscutable. La malade avoue avoir toujours ressenti des cénestopathies diffuses et intermittentes. Actuellement, elle n'a pas d'insomnies mais ne peut rester longtemps en place.

Appétit régulier, mais amigrissement de 5 kilos en un an. Pas d'antécédents pathologiques.

Réglée à 14 ans, a souffert, jeune fille, de douleurs au niveau des ovaires et de disménorrhée.

Le toucher rectal n'est pas douloureux. Pas de contracture du sphincter.

A la rectoscopie, la muqueuse rectale est absolument intacte.

La malade fait quinze séances d'insufflations d'oxygène radio actif. Très améliorée dès la huitième séance; nous la revoyons à la fin du traitement.

La douleur rectale s'est complètement modifiée.

Tout au plus, à la suite d'une grande fatigue la malade se plaint d'un endolorissement profond d'ailleurs très supportable. Les troubles de la miction ont disparu.

La malade, très réconfortée, part en province.

Nous n'avons pas pu l'examiner par la suite.

Observation VIII

Névralgie ano-rectale secondaire a un traittement radium-thérapique pour fibrome.

Mme B..., 45 ans.

Vient consulter en novembre 1928 parce que depuis six mois elle souffre de la région ano-rectale.

Depuis le mois d'avril dernier, douleurs très vives comparées à des déchirures, survenant brusquement et prenant fin plus ou moins lentement. Ces crises éclatent à tous les moments de la journée et même la nuit, et ne sont nullement calmées par le repos.

La défécation ne les exagère pas; les selles sont régulières et moulées.

Enfin, il existe quelques irradiations assez accusées de chaque côté de la crête sacrée, même dans les intervalles qui séparent les crises, la malade ressent un endolorissement très pénible de la région ano-rectale.

Antécédents. — A été traitée, il y a quatre ans, par des applications de radium pour un fibrome.

Examen. — L'examen de l'appareil génital est négatif. Les culs-de-sac vaginaux ne sont pas douloureux, on ne réveille aucune douleur en explorant le douglas.

Le toucher rectal ne montre aucune lésion de la marge de l'anus. A la rectoscopie, on constate simplement un bourrelet hémorroïdaire insignifiant.

Cependant, à 10 centimètres sur la paroi latérale droite du rectum, on met en évidence une zone hyperesthésique.

Médicaments anti-nervins, opothérapie et haute fréquence calment la malade mais ne la guérissent pas. Au bout de trois mois, les douleurs, quoique moins vives, apparaissent tous les deux ou trois jours.

On tente un traitement par les insufflations d'oxygène radio actif. Au bout de dix séances, la malade éprouve un réel soulagement. L'état général est bien meilleur. A la fin du traitement, il persiste simplement une gêne ano-rectale intermittente.

Observation IX

Névralgie rectale
secondaire a un traitement radium-thérapique.

Mme P..., 44 ans.

Vient à la consultation le 30 juin 1929, parce que depuis à 8 ans elle souffre de la région rectale et sacrée.

Au début, les douleurs étaient très supportables : quelques brûlures, une simple gêne. Mais depuis trois ans, ces douleurs se sont complètement modifiées : ce sont des crises extrêmement pénibles durant de deux à trois jours. La malade les compare à un tiraillement, à un broiement; elles siègent profondément dans le rectum, se projettent de chaque côté de la région sacrée, irradient dans les cuisses et même jusque dans les mollets.

Ces crises apparaissent brusquement et disparaissent de même; elles durent quelquefois plusieurs heures. Entre ces paroxysmes douloureux, il existe des intervalles de huit à quinze jours pendant lesquels persiste une pesanteur rectale.

Les douleurs sont complètement indépendantes de la défécation; elles surviennent aussi bien au cours de la journée qu'au cours de la nuit, réveillant brusquement la malade.

Les douleurs rectales sont fréquemment suivies de douleurs vésicales : il y a de la pollakiurie; les urines ont toujours été claires.

La malade présente une constipation opiniâtre; elle use de laxatifs variés, mais les selles sont très irrégulières.

Etat névropathique indiscutable. Cénestopathies multiples, irritabilité très accusée. Aucun stigmate d'éthylisme ou de spécificité.

Antécédents génitaux. — Application de radium pour fibrome en 1926.

Le toucher rectal provoque une douleur dans la profondeur. Le sphincter n'est ni douloureux ni contracturé.

L'examen endoscopique ne montre ni tumeur, ni hémorroïdes, ni fissure.

L'examen de l'appareil génital est négatif.

La pression réveille une douleur excessivement vive le long des trous sacrés.

Les réflexes rotuliens sont très vifs.

La malade est soumise au traitement par la diathermie intra-rectale. Ce traitement semble avoir une action sédative sur les douleurs, mais le mieux ne se poursuit pas.

Au bout d'un mois, les douleurs présentent la même intensité qu'avant le traitement.

Devant cet échec, on tente une série d'injections sclérosantes. Au bout de quelques injections, les douleurs sont aussi accusées.

En définitive, la malade éprouve une amélioration notable à la suite d'une médication calmante et de douches tièdes sur la région sacrée.

Sa constipation a été nettement améliorée par des applications répétées de courant galvano-faradique.

Observation X

Névralgie ano-rectale secondaire a une hystérectomie.

Mme Fel..., 44 ans, modiste, vient consulter le 25 juin 1929.

Voici son histoire :

Depuis un an, se plaint d'une douleur lancinante, d'une sensation de brûlure se localisant principalement à l'intérieur du rectum et irradiant à la marge de l'anus, dans la région périnéale et jusqu'aux grandes lèvres.

D'une façon inconstante, mais lorsque la malade est restée longtemps dans la position assise, elle éprouve en plus de ces localisation douloureuses des tiraillements tout le long de son sciatique gauche et des courbatures excessivement pénibles dans la région lombaire.

La défécation, quoique pénible et irrégulière, la malade ayant toujours été une constipée, n'a aucune influence sur l'apparition de ces douleurs, qu'elle ne modifie pas. Jamais de diarrhée, jamais de sang.

Alors qu'au début, cette douleur qui se localisait uniquement au niveau du rectum, était ressentie pendant quelques heures, deux ou trois fois par semaine, elle s'est modifiée au cours de ces trois derniers mois.

Presque quotidienne, la malade la ressent dès son réveil, sous forme d'un léger élancement rectal et d'un endolorissement de l'anus.

Après une ou deux heures de position assise, la malade ayant une occupation sédentaire, l'élancement rectal devient plus aigu, se transforme en sensation de brûlures cuisantes et s'accompagne d'irradiations douloureuses, pour atteindre un maximum paroxystique qui oblige la malade à se lever de sa chaise, à marcher pendant quelques minutes et même à sortir de chez elle pendant une demi-heure.

A la suite de ce changement de position, toutes les manifestations s'atténuent; seul l'élancement au niveau du rectum persiste.

L'après-midi, entre trois et quatre heures, dans les mêmes conditions, la crise se produit de nouveau pour diminuer d'intensité vers la soirée.

Pendant la nuit, quoique toujours tracassée, dit-elle, par ce picotement dans le rectum, variable d'intensité mais ne disparaissant jamais complètement, la malade peut dormir. Cependant au cours de la dernière quinzaine, ayant eu au milieu de la nuit deux crises semblables à celles de la journée, elle craint d'avoir un cancer et vient nous consulter.

Elle nous apprend, d'autre part, qu'elle a été hystérectomisée d'urgence en 1919, à Besançon, pour salpingite droite et kyste de l'ovaire gauche. Six mois après, seconde intervention, à la suite d'éventration. En 1922 et 1924, deux autres

interventions pour enlever des adhérences. Ce n'est que quatre ans plus tard qu'elle commence à souffrir du rectum.

A L'EXAMEN. — Le toucher rectal est à peine sensible.

On pratique une rectoscopie, jusqu'à 20 centimètres.

Muqueuse rectale lâche, non congestionnée.

Pas de bourrelet hémorroïdaire.

Aucune lésion de la muqueuse.

Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement spécial. Col et culs-de-sac normaux.

Les réflexes sont normaux.

Etat général satisfaisant. Pas d'amaigrissement.

La malade se plaint d'avoir toujours été très nerveuse et d'avoir toujours été sujette à des douleurs névralgiques.

Le diagnostic de névralgie ano-rectale secondaire à des interventions pratiquées sur le pelvis étant posé, on institue un traitement par les insufflations d'oxygène radio actif.

Au bout de six séances, la malade éprouve un grand soulagement qui a été progressif.

Nous la revoyons après six nouvelles séances; elle nous dit qu'elle ne souffre plus du tout.

Quatre mois après, en novembre, elle revient nous voir, car depuis huit jours elle recommence à souffrir.

La douleur rectale, sous forme de brûlure, fait son apparition maintenant vers la soirée, quelquefois la nuit, l'empêchant de dormir.

On refait une rectoscopie.

La muqueuse est absolument normale.

La malade est soumise aux insfflations d'oxygène radio actif trois fois par semaine et, le jour intermédiaire, on lui préconise un lavement nocturne au bromure.

Dès la première séance, la malade éprouve une détente, un bien-être immédiat.

La douleur disparaît complètement au bout de trois séances. Repos après dix séances.

La malade revient en février 1930. Vient d'être alitée pen-

dant 15 jours pour état grippal pendant lequel elle aurait eu des selles fréquentes avec quelques glaires sanguinolentes. Amaigrissement de 3 kilos.

Du côté de son rectum, éprouve de temps à autre des crises paroxystiques débutant brusquement, avec douleurs irradiées multiples, puis cédant tout à coup pour laisser place à un endolorissement de toute la région ano-rectale.

Se sent très déprimée et très irritable. La moindre contrariété, ou une brusque surprise, lui occasionne une crise douloureuse.

Dix séance d'insufflations ne semblent pas donner une amélioration nette. Par contre, vingt séances de haute fréquence, associées à une médication calmante, font céder à nouveau ces phénomènes douloureux.

Observation XI

Névralgie ano-rectale secondaire a une hystérectomie

Mme Lam..., 42 ans.

Se présente dans le service en mai 1929, car depuis trois ans ressent d'une façon intermittente, mais de plus en plus marquée, des brûlures qu'elle localise au niveau de la marge de l'anus et à l'intérieur du rectum.

Ces sensations douloureuses se manifestent principalement la nuit, réveillant la malade, et sont à peine calmées par des bains de siège prolongés.

Irradiations multiples : sacrées, lombaires, périnéales et même sus-pubiennes.

Sujette à des selles diarrhéiques ou glaireuses.

Pas de sang rouge vif. Jamais de prolapsus.

Urines claires. Examen récent négatif.

Amaigrissement de 4 kilos en un mois.

Grosse asthénie. Etat psychique déplorable.

A été opérée d'hystérectomie en 1920, pour fibrome.

S'est toujours plainte depuis de cénestopathies diverses.

Caractère très irritable. Anxieuse, a peur d'avoir un cancer du rectum.

L'examen endoscopique est négatif

Aucune lésion ano-rectale.

Toucher génital ne donne aucun renseignement.

Réflexes vifs.

On prescrit lavements calmants, extrait ovarien et insufflations d'oxygène radio actif.

Amélioration indiscutable vers la dixième séance.

Douleurs bien moins intenses. Quelques irradiations dans la zone sacrée.

A la vingtième séance, ressent de temps à autre un endolorissement vague de la région ano-rectale, principalement lorsque la malade n'a pas eu sa selle quotidienne.

Les nuits sont bonnes.

Caractère moins irritable.

En décembre 1928, revient dans le service pour une nouvelle série d'insufflations, car en deux ou trois fois a été reprise de douleurs nocturnes.

Résultat satisfaisant après dix séances d'insufflation.

Cependant état névropathique persiste.

Observation XII

Névralgie ano-rectale secondaire a une hystérectomie.

Mme Pil..., 52 ans.

Vient consulter en janvier 1930 parce que depuis 15 mois elle se plaint d'une pesanteur rectale permanente, d'une constipation marquée.

Il n'existe pas de paroxysme. Seules des sensations douloureuses se manifestent dans le dos, dans les membres inférieurs et même vers la nuque.

Ces douleurs sont indépendantes de la défécation; les matières, généralement fractionnées, sont évacuées quotidiennement.

Antécédents. — A été hystérectomisée en 1920 pour un kyste de l'ovaire.

Examen. — Le toucher rectal et l'examen endoscopique ne montrent ni fissure, ni hémorroïdes, ni rectite.

Cependant, une douleur est très nettement réveillée au niveau du coccyx quand on mobilise celui-ci.

On tente un traitement par effluvation directe sur la région sacrée; les deux premières séances semblent apporter un léger soulagement, non confirmé par les suivantes.

Devant la répulsion qu'éprouve la malade pour ce traitement, on prescrit la haute fréquence intra-rectale.

Dix séances donnent un résultat satisfaisant. Les douleurs se reproduisent d'une façon moins fréquente et moins durable, mais l'amélioration reste stationnaire malgré dix nouvelles séances.

Un repos de deux mois est prescrit à la malade.

Elle revient en avril dans le service. On prescrit des séances de galvano-faradique qui améliore considérablement sa constipation. Les douleurs, de moins en moins vives, sont intermittentes. Il existe encore une sensation de pesanteur rectale.

Observation XIII

Névralgie ano-rectale secondaire a une hystérectomie.

Mme S..., 56 ans, consulte en février 1930.

Antécédents. — Hystérectomie sub-totale pour kyste de l'ovaire, en 1916.

En 1917, aurait présenté une prolapsus hémorroïdaire irréductible s'accompagnant de rectorragie.

En décembre 1927, apparition de douleurs localisées à la

région ano-rectale, que la malade compare à de véritables brûlures. Ces douleurs, d'abord intermittentes, sont devenues presque quotidiennes; elles surviennent principalement lorsque la malade est fatiguée, durent environ demi-heure et laissent place à un endolorissement plus ou moins accusé.

Elle se plaint en outre d'irradiations assez intenses dans la région lombaire et dans la région périnéale.

Il n'existe aucun trouble de la miction, ni de la défécation.

Examen. — Le toucher rectal est assez douloureux. Il existe une légère contracture du sphincter; cependant il n'y a aucune lésion de la marge de l'anus.

La rectoscopie montre une muqueuse absolument normale jusqu'à 20 centimètres.

Dix séances de haute fréquence n'apportent aucune amélioration; la malade se plaint même qu'elle souffre davantage les jours où elle vient au traitement.

On prescrit des séances de diathermie trans-abdomino-rectale. A la cinquième séance, il existe une sédation notable des phénomènes douloureux. Cette amélioration se confirme et s'accuse jusqu'à la vingtième séance.

La malade est encore en traitement.

Observation XIV

Névralgie rectale a la suite d'hystérectomie

Mme Pe..., 58 ans

Vient consulter en avril 1929 pour une sensation de pesanteur intra-rectale haut située, qu'elle ressent depuis 7 mois. Elle se plaint en outre d'élancements intermittents, disparaissant aussi brusquement qu'ils sont survenus. Irradiations douloureuses accusées dans la région lombaire et au niveau de la partie supérieure des fesses.

Depuis quelques semaines, présente des alternatives de constipation et de diarrhée. Quelques faux besoins.

La défécation n'est pas douloureuse et n'augmente pas l'intensité des phénomènes paresthésiques.

Pas d'écoulements muco-purulents. Pas de sang rouge sur les matières.

L'état général est bon. Pas d'amaigrissement.

Antécédents. — Hystérectomie subtotale pour fibrome en 1920.

L'examen local est absolument négatif. La rectoscopie ne montre aucune lésion de la muqueuse ano-rectale.

Toucher vaginal : légère douleur au niveau du col.

On prescrit un traitement par la haute fréquence. Vingt-cinq séances n'améliorent en aucune façon les troubles douloureux.

Une médication générale calmante et un traitement opothérapique associés à des insufflations d'oxygène radio actif donnent un résultat appréciable.

La malade ressent uniquement de temps à autre un simple endolorissement au niveau de son rectum.

Observation XV

Névralgie rectale a la suite d'hystérectomie (malade ni examinée ni traitée dans le service).

Antécédents. — Un enfant bien portant, deux fausses-couches.

Aurait fait un peu de rhumatisme dans la fesse, qui aurait duré trois mois.

Aucune autre maladie jusqu'à 43 ans. A cet âge commencent des douleurs dans le rectum, dans le coccyx, dans les fesses, avec des envies fréquentes d'aller à la selle.

Examinée en 1926.

On trouve un petit fibrome sur le compte duquel on met ses soi-disant troubles de compression.

On la traite par les applications de radium. Finalement, on fait une hystérectomie en 1927. Il existait réellement un fibrome.

Après l'intervention, les mêmes troubles réapparaissent; ils semblent même être plus accusés. Ce sont des douleurs assez fortes, empêchant la malade de dormir, se caractérisant par des poussées douloureuses dans le rectum. La malade ne se trouve bien que lorsqu'elle est sur le point d'aller à la selle.

Il y a eu aussi, ces deux dernières années, plusieurs crises diarrhéiques qui durent longtemps, s'accompagnant d'inappétence, d'asthénie et de nausées.

On a parlé en dernier lieu de coccygodynie.

Rayons ultra-violets et diathermie n'ont donné aucun résultat. On a même conseillé d'enlever le coccyx, intervention à laquelle la malade n'est guère disposée en raison des expériences précédentes.

Le Wassermann et l'examen des urines donnent un résultat négatif.

Névralgies ano-rectales secondaires à des affections génitales chez l'Homme

Si on consulte les travaux des urologistes, on constate qu'au cours des états inflammatoires de l'appareil génital, des douleurs plus ou moins accusées s'irradient au niveau de la région périnéale et de la région ano-rectale.

Ce sont des sensations fugaces qui s'atténuent en même temps que les lésions inflammatoires en cause (urétrite, veru-motanite, prostatite et vesiculite) rétrocèdent, et qui disparaissent complètement.

Par contre, des douleurs persistantes et rebelles ayant les caractères de la névralgie ano-rectale, ne semblent pas avoir été rapportées jusqu'à ce jour.

Nous avons pu en recueillir deux observations originales.

Observation A

Névralgie ano-rectale secondaire a une prostatite.

M. G... vient consulter en juillet 1928 pour douleurs continues, sourdes, localisées au rectum, s'accompagnant d'une sensation de pesanteur permanent dans toute la région périnéale et la région sus-pubienne.

Voici son histoire :

En 1923, après un coït, apparaissent brusquement des douleurs excessivement violentes, véritable sensation de déchirure dans la région périnéale, avec irradiations vers le scrotum et la région sus-pubienne.

Ces troubles durent quelques jours, cèdent à des lavements chauds, mais reprennent au bout de quelques semaines et se compliquent de troubles de la miction.

Va consulter un spécialiste qui porte le diagnostic de prostatite aiguë. Le malade n'avait pas remarqué le moindre écoulement. D'ailleurs les examens de laboratoire ne peuvent mettre en cause la blennorragie. Le malade était un grand fervent de la bicyclette; on pense à une prostatite d'origine traumatique.

Pendant deux ans, traitement par des lavements chauds, suppositoires divers et médicaments susceptibles de remédier à la dépression nerveuse dont le malade commence à se plaindre.

Devant la persistance de la pesanteur ano-périnéale et le tenesme qui s'accuse davantage, le malade retourne voir le spécialiste qui conseille des massages de la prostate.

Ces massages, au nombre d'une vingtaine, ne donnent qu'une amélioration passagère

En 1926, les douleurs ayant recommencé avec une intensité plus marquée au niveau de l'anus et du périnée, le malade suit une douzaine de séances de diathermie qui diminuent les douleurs mais ne les font pas disparaître complètement.

En 1927, va consulter un autre spécialiste qui constate une légère spermatocystite droite. Nouvelle série de massages et prescription de lavements médicamenteux.

Pendant quelques mois, obtient une sédation passagère en se faisant lui-même des applications de courant continu avec petit appareil portatif.

En 1928, les troubles douloureux de la région ano-rectale, le tenesme continuant à persister, on conseille une rectoscopie.

En juillet 1928, le docteur Oury pratique un examen rectoscopique. Celui-ci permet de constater une muqueuse ano-rectale absolument normale.

Le toucher rectal, un peu sensible, montre une prostate, normale, à peine douloureuse à la pression.

Il n'existe d'ailleurs aucun trouble de la miction, les urines sont claires, sans dépôt, ni filaments.

Pas de constipation ni diarrhée.

On porte le diagnostic de névralgies ano-rectales.

Suppression totale des lavements médicamenteux, suppositoires, pommades. On soumet le malade, qui doit partir en vacances, à un régime sévère et on lui prescrit des médicaments anti-nervins.

Pendant les vacances, amélioration notable des manifestations douloureuses.

De retour à Paris, ayant repris son occupation sédentaire, le malade souffre à nouveau de ses douleurs, de tenesme, et vient en novembre 1928 consulter dans le service, où il nous est permis de l'examiner.

A cette époque, il se plaint particulièrement de douleurs sourdes, permanentes, que le malade localise au niveau du rectum. Les irradiations sont nettes vers l'anus, le périnée, d'une façon plus inconstante vers le scrotum.

Ces douleurs, indépendantes de la défécation qui ne les modifie pas, s'atténuent par le repos au lit et ne troublent son sommeil qu'exceptionnellement.

Par contre, le malade étant obligé de rester assis la plus grande partie de la journée, utilise un coussin moelleux pour que les douleurs ne deviennent pas intolérables.

Les mictions sont absolument normales.

Les rapports sexuels provoquent, dans les heures qui suivent, une sensation de chaleur intense, presque une cuisson, dans tout le rectum, ainsi qu'une sensation de brûlure au niveau de l'anus.

A L'EXAMEN. — Téguments ano-périneaux non modifiés.

Le toucher rectal, un peu sensible, montre une prostate de volume normal, non douloureuse à la pression.

Une nouvel examen rectoscopique ne montre aucune lésion de la muqueuse ano-rectale.

Les réflexes rotuliens et achilleins sont normaux.

Wassermann est négatif.

L'état général est assez bon. Cependant le malade dit être découragé et insiste sur ce fait que son père est mort, quelques années auparavant, d'un cancer de la prostate.

Devant la disproportion entre les phénomènes douloureux et l'absence de lésions ano-rectales, on confirme le diagnostic de névralgies ano-rectales et on prescrit des insufflations d'oxygène radio actif.

Dès la troisième séance, les douleurs rectales rétrocèdent, le tenesme s'atténue et leur durée quotidienne diminue progressivement.

Après la quinzième séance, l'amélioration est indiscutable.

Douleurs et tenesme ont complètement disparu. Seule persiste une pesanteur périnéale peu marquée. Le malade peut rester longtemps assis sans utiliser le coussin qu'il employait, dit-il, depuis six ans. L'état psychique est bien meilleur.

Une seconde série d'insufflations, pratiquée trois mois après la première, confirme l'amélioration.

Le malade, revu un an après le traitement, ne se plaint plus de ses névralgies rectales. Seule une certaine sensibilité périnéale se manifeste après une longue station assise.

Etat général et état psychique satisfaisants.

OBSERVATION B

NÉVRALGIE ANO-RECTALE SECONDAIRE A UNE SPERMATOCYSTITE.

M. B..., 39 ans, dessinateur, vient consulter le 20 février 1930 pour des douleurs présentant les caractères suivants :

Douleur permanente de la région ano-rectale, sensation de pesanteur que le malade localise dans le rectum et sur laquelle se greffent des paroxysmes intenses se renouvelant d'une façon irrégulière mais, depuis un mois, devenant de plus en plus fréquents.

Le début de ces manifestations douloureuses remonte à deux ans. A cette époque, le malade commence à sentir un endolorissement de toute la région anale, avec quelques douleurs lancinantes localisées sur la paroi gauche rectale.

Ayant eu en 1927, un an auparavant, une blennorragie soignée par un spécialiste et semblant avoir complètement cédé à un traitement local et général, le malade craint une complication et va consulter à nouveau le spécialiste. Ce dernier constatant que la vésicule séminale gauche est douloureuse, ordonne quelques massages qui n'apportent aucune amélioration.

Quelques mois après, le malade continuant à souffrir de ses douleurs ano-rectales, consulte un autre médecin qui trouve la prostate et les vésicules séminales absolument normales et attribue les douleurs et la constipation dont commence à se plaindre le malade, à un bourrelet hémorroïdaire non contrôlé à la rectoscopie.

Une dizaine de séances de haute fréquence amènent à cette époque une sédation passagère des douleurs.

En janvier 1930, les douleurs se manifestent avec une nouvelle intensité.

Survenant une heure ou deux après la défécation, elles durent généralement plusieurs heures; de temps à autre, elles surviennent la nuit, réveillant le malade qui, par des bains de siège tièdes et prolongés, arrive à les calmer.

Devant leur persistance et leur ténacité, consulte à nouveau un spécialiste des voies urinaires.

L'examen des voies génito-urinaires ainsi qu'une spermoculture sont négatifs.

C'est alors que le malade vient à la consultation pour une rectoscopie.

Depuis six mois, traité par la Coréine et le Lactobyl pour sa constipation, a des selles quotidiennes.

Pas de procidence, ni sang dans les matières qui sont, en général, bien moulées.

Examen. — Au niveau de l'anus, aucun écoulement. Pas de prurit, pas de fissure de la marge.

Le toucher rectal est peu sensible et ne réveille aucune douleur précise au niveau de la virole sphinctérienne.

Par contre, à bout de doigt, environ à 7 centimètres de l'anus, on réveille sur la paroi latéro inférieure gauche de l'ampoule rectale une douleur assez vive.

Le malade précise d'ailleurs que c'est en effet au niveau de cette région que les douleurs sont les plus accusées, et que c'est de là qu'elles irradient vers l'anus et vers le périnée.

La rectoscopie, pratiquée jusqu'à 18 centimètres, donne les résultats suivants :

Pas de bourrelet hémorroïdaire. Pas la moindre ulcération ni trace de réctite.

Au niveau de la région hyperesthésique, la muqueuse rectale ne présente pas de particularités. Aucune trace de tissu cicatriciel. Aucune induration.

L'examen des divers appareils est absolument négatif. Pas le moindre signe de lésion organique du système nerveux.

Cependant le malade reconnaît que, tourmenté par ses douleurs, son caractère s'est transformé. Il est devenu craintif dans ses déterminations, anxieux dans son travail et que, de temps à autre, il est sujet à des emportements faciles.

Une dizaine de séances d'insufflation d'oxygène radio-actif fait rétrocéder les manifestations douloureuses et le malade, réconforté, promet de venir nous consulter dès la première récidive.

Les douleurs accusées par ces deux malades présentent sans nul doute les caractères intenses et paroxystiques particuliers aux névralgies ano-rectales.

Les examens successifs, sous le contrôle de la rectoscopie ont toujours montré qu'il n'y avait aucune lésion en évolution ou cicatrisée, ni des téguments ano-périnéaux, ni de la muqueuse ano-rectale. L'examen du système nerveux a montré qu'il était normal. La notion d'un traumatisme antérieur ayant porté sur la région ano-anale ou sur les parties osseuses avoisinantes, n'a pu être mise en évidence.

Dans les antécédents, on ne relève absolument que l'existence de lésions inflammatoires de la protaste et des vésicules séminales, lésions d'ailleurs anciennes et que des examens appropriés ont permis d'affirmer comme étant guéries.

Plutôt que d'incriminer chez ces malades une tare névro-pathique dont on ne retrouve aucune manifestation antérieure à ces affections génitales, il est plus logique, à coup sûr, de considérer les névralgies localisées et persistantes comme secondaires, dans le premier cas, à une prostative banale dont l'origine gonococcique n'a d'ailleurs pu être prouvée; dans le second cas, à une spermatocystite consécutive à une urétrite blennorragique.

De simples lésions inflammatoires de la prostate et des vésicules séminales sont donc susceptibles de donner naissance secondairement à des névralgies ano-rectales.

Nous n'avons jamais eu occasion de rencontrer, ni au cours de ces trois dernières années, parmi les nombreux malades de la consultation, ni dans les publications, des cas de névralgies ano-rectales consécutives à des abcès de la prostate. Ceux-ci cependant se drainent toujours difficilement et donnent quelquefois lieu à des fistules.

L'adénome de la prostate détermine des phénomènes

de compression au niveau du rectum, d'où dyschesie réflexe, rectite hémorroïdaire.

Fréquemment associés à de la prostatite concomitante, des phénomènes de congestion pelvienne donnent lieu à une sensation de pensanteur périnéale et ano-rectale; quelquefois même, à une véritable sensation de corps étranger dans le rectum, mais là encore, les phénomènes douloureux disparaissent lorsqu'on intervient sur la prostate.

Enfin, parmi les innombrables publications concernant les résultats éloignés des prostatectomies, nous n'avons relevé qu'une seule observation concernant une névralgie rebelle étiquetée pelvienne, secondaire à une prostatectomie hypogastrique.

Evidemment, cette névralgie ne présente pas les caractères propres de la névralgie ano-rectale, cependant les douleurs tenaces et paroxystiques avec épreintes rectales, qui sont rapportées dans cette observation — l'intervention chirurgicale sur le plexus nerveux hypogastrique ayant donné un résultat immédiat et durable, ont néanmoins attiré notre attention et il nous semble intéressant de donner ici le texte intégral de cette communication faite par le docteur Bonnet dans « Lyon Chirurgical » 1927.

Observation C

Observation du Docteur Paul Bonnet

(Lyon Chirurgical, 1927)

Névralgie pelvienne rebelle, secondaire à une prostatectomie hypogastrique. Action directe sur le plexus hypogastrique périprostatique par périnéotomie. Guérison datant de quatre mois.

C'est un homme de 72 ans, chez qui j'ai pratiqué, il y aura

bientôt cinq ans, une prostatectomie hypogastrique en deux temps.

La prostate avait été enlevée correctement, en un seul bloc, mais j'avais eu beaucoup de peine à cliver sur les côtés l'adénome, très adhérent à sa coque. Les suites avaient été simples.

Un an après environ, le malade commença à souffrir de douleurs très pénibles dont on ne s'expliquait pas la cause. Traitement local sur l'urètre et la vessie, sans amélioration.

La douleur prit bientôt un caractère névralgique qui la rendit intolérable et plongea le malade, cependant très vigoureux et courageux, dans un profond abattement, au point qu'il renonça à tout travail.

Pourtant, rien dans l'état local n'expliquait de telles crises névralgiques. La douleur avait des irradiations à l'extrémité de la verge, s'accompagnait d'épreintes vésicales et rectales. Les crises se répétaient journellement, plus vives la nuit, et avaient supprimé le sommeil.

J'en arrivai à attribuer la douleur à l'irritation du plexus hypogastrique dans le tissu cicatriciel du foyer opératoire, d'autant que le toucher rectal, en deux points précis et symétriques, à droite et à gauche de la cloison recto-vésicale où se percevait une légère induration, provoquait une véritable crise douloureuse.

C'est pourquoi je pratiquai, le 4 août 1925, une injection de surocaïne à 1/200e, non pas dans l'espace rétro-rectal, mais sur les côtés du rectum, le plus près possible de la lame étalée du plexus hypogastrique. Je m'aidai pour cela d'une très longue aiguille à anesthésie régionale que je poussai très haut, sous le contrôle d'un doigt placé dans le rectum.

L'effet fut immédiat. Le malade fut soulagé complètement par la première injection. Il en réclama une seconde le lendemain, pour plus de sûreté, avant de quitter l'hôpital.

Pendant cinq mois, le soulagement se maintint absolu. Mais

peu à peu les douleurs reparurent, augmentèrent d'intensité, pour devenir, au 9e mois, aussi intenses et intolérables qu'auparavant.

Le succès de la première tentative avait été si beau que je renouvelai les injections; les résultats immédiats restaient bons mais l'effet n'était plus durable.

J'eus beau préciser le lieu de l'injection de sérum ou de scurocaïne à la zone douloureuse que le malade localisait lui-même en m'indiquant que l'aiguille la traversait. Je n'eus bientôt plus que des résultats de courte durée.

Le malade ne renonçait pourtant pas aux injections qu'il venait de temps en temps réclamer. Cependant, en 1927, à la fin de juillet, n'y tenant plus, il vient me prier d'avoir recours, pour le soulager, à une intervention. Je l'avais averti depuis longtemps que je m'en tiendrais d'abord aux petits moyens, mais que je gardais en réserve une intervention à laquelle j'aurais recours en cas d'échec.

J'avais en effet décidé d'intervenir directement sur le plexus nerveux périprostatique en l'abordant par voie périnéale. Je me proposais ainsi de dénouer, par un clivage au doigt, les filets nerveux inclus dans le tissus cicatriciel de la prostatectomie.

C'est ce que je fis le 1er août 1927, sous rachi-anesthésie. Un béniqué placé dans l'urètre, un doigt protégeant le rectum, nous permirent de remonter, sans danger pour ces organes, très haut sur les côtés de la vessie et du rectum, où le doigt, effondrant partout le tissu de cicatrice, un peu induré, s'appliquait à dissocier et libérer le plexus hypogastrique.

Je glissai jusqu'au fond de la zone de décollement une mèche destinée à assurer le maintient de cette discision.

Il y eut bien au troisième jour, lorsqu'on enleva la mèche, une hémorragie assez importante, mais, au total, les suites furent simples.

Le soulagement fut immédiat, absolu et le malade rentra chez lui, le vingtième jour, avec une plaie complètement cicatrisée et l'impression que le résultat cette fois serait durable.

Quatre mois après l'opération, le résultat s'est maintenu excellent.

Diagnostic

Il est impossible de poser le diagnostic de névralgies ano-rectales sans l'aide d'un examen endoscopique complet.

En présence de douleurs localisées à l'anus et au rectum, s'accompagnant de lésions de la muqueuse ano-rectale, on ne peut prononcer le terme de névralgies ano-rectales. Il s'agit alors de douleurs symptomatiques d'affections rectales dont la nature doit être soigneusement précisée.

Le diagnostic de la névralgie ano-rectale se pose avec deux ordres d'affections : on devra, d'une part, éliminer toutes les affections ano-rectales douloureuses; d'autre part, distinguer la névralgie ano-rectale avec toutes les autres névralgies siégeant dans la région pelvienne.

Diagnostic de la névralgie ano-rectale avec les affections ano-rectales douloureuses.

Les néoformations, les lésions dysentériques et syphilitiques, les rétrécissements, les rectites déterminent, on le sait, des sensations douloureuses dans la région ano-rectale. Mais au cours de ces différentes affections, le symptôme douleur est toujours associé à des troubles divers : hémorragies, écoulements muco-purulents, trou-

bles marqués de la défécation, phénomènes généraux — qui permettent à eux seuls d'orienter le diagnostic.

Un néoplasme, une ulcération, qu'elle soit d'origine dysentérique ou vénérienne, une rectite en évolution, ne peuvent échapper à un examen endoscopique méthodique.

Trois affections locales, que l'on rencontre couramment, s'accompagnent de douleurs pouvant présenter une intensité très marquée et sont d'une différenciation plus délicate avec la névralgie ano-rectale. Ce sont : le prurit, la fissure anale, les hémorroïdes.

Le prurit anal, comme la névralgie, se caractérise par une hyperesthésie locale, mais alors que l'hyperesthésie de la névralgie siège principalement au niveau de la muqueuse anale; dans le prurit, elle se localise en général au niveau des téguments ano-périnéaux. De plus, le prurit est une paresthésie dont le malade apprécie bien tous les caractères et qu'il ne confond nullement, dans ses plaintes, avec une douleur. Il est possible d'ailleurs de rencontrer chez le même sujet prurit et névralgie ano-rectale.

La grande confusion fréquemment commise est entre la névralgie ano-rectale et la fissure.

Cependant, dans la fissure, la douleur est toujours consécutive à la défécation.

A l'examen, on constate l'existence d'une ulcération linéaire, douloureuse au moindre contact, siégeant presque toujours au pole postérieur.

Quelquefois non visible du fait de sa localisation profonde, le toucher rectal, par des pressions méthodiques exercées aux quatre points cardinaux de la circonférence anale (signe de Bensaude), réveille en un point précis une douleur intense qui fait sursauter le malade.

L'endoscopie, pratiquée avec ou sans anesthésie préalable, en raison d'une contracture sphinctérienne constante, quelquefois très accusée, en confirme l'existence.

Dans certains cas, la fissure est imperceptible à l'œil, un tampon d'ouate est promené sur le diamètre de la virole sphinctérienne, après introduction d'un anuscope. D'un point localisé douloureux à la pression, on ramène sur le tampon une ou deux gouttes de sang rouge. La fissure siège à ce niveau.

Au cours des complications habituelles des hémorroïdes internes, la majorité des malades accusent des crises douloureuses très vives. Mais des hémorragies de sang rouge au moment de la défécation ou encore de la procidence du bourrelet hémorroïdaire après l'expulsion des matières, complètent généralement la liste des troubles décrits par le malade. L'inspection de la région douloureuse montre des hémorroïdes procidentes, irréductibles, thrombosées. Dans la majorité des cas, le bourrelet hémorroïdaire ne sera visible qu'à l'anuscopie. Plus ou moins volumineux, il est le siège d'érosions. Il saigne au moindre contact. La muqueuse environnante, de couleur carminée, fait contraste avec la muqueuse normale de l'ampoule rectale. Il y a de la rectite hémorroïdaire sus-jacente.

Généralement, en même temps que les traitements spécifiques de ces affections, agissent sur les lésions constatées et les font rétrocéder, les douleurs diminuent progressivement et disparaissent complètement.

Dans quelques cas, rares il est vrai, les lésions ont disparu. La fissure est cicatrisée, le bourrelet hémorroïdaire est devenu insignifiant, la muqueuse ano-rectale a repris sa couleur normale, et cependant des douleurs plus ou moins intenses persistent. Peu à peu, elles se modifient. A leur ténacité s'ajoutent des épisodes paroxystiques. Elles prennent tous les caractères d'une névralgie.

Il s'agit alors d'une névralgie ano-rectale secondaire à une affection locale.

Ces trois affections locales ayant été soigneusement

éliminées, il ne faut jamais oublier que des douleurs rectales peuvent apparaître chez des sujets, présentant, soit actuellement, soit dans leurs antécédents, parfois lointains, de l'entero-colite muco-membraneuse — ou de la diarrhée. — Ces douleurs, plus ou moins vives, se caractérisent, en effet, quelquefois par des sensations de contracture douloureuse du sphincter, et par des accès paroxystiques rappelant ceux de la névralgie anale. Cependant, ces manifestations douloureuses rétrocèdent assez rapidement sous l'influence d'un traitement approprié.

Diagnostic avec les névralgies de voisinage

Parmi les névralgies de voisinage, deux affections peuvent simuler la névralgie ano-rectale.

C'est, d'une part, la coccygodinie, d'autre part, la névralgie du nerf honteux interne.

La coccygodinie présente en effet des points de ressemblance avec la névralgie ano-rectale. C'est une douleur névralgique localisée à la région sacro-coccygienne, qui s'accompagne de tenesme ano-rectal. Mais cette douleur s'exaspère très nettement par la pression et la mobilisation du coccyx.

Au toucher rectal, le coccyx, siège d'une douleur dans certains cas exquise, est augmenté de volume et même déformé. Enfin, la notion d'un traumatisme antérieur ayant porté sur cette région coïncide généralement avec l'apparition de symptômes douloureux.

L'homme, on le sait, présente un terrain peu favorable au développement des névralgies pelviennes. Il n'en est pas de même chez la femme, plus spécialement chez celle qui a un passé génital.

Parmi les localisations multiples et variées des névralgies génitales, il est utile de connaître l'existence d'un syndrome névralgique particulier mis en lumière par

Paul Petit-Dutaillis et précisé récemment par Dalché. Nous voulons parler de la névralgie du nerf honteux interne.

Averti de son existence et de la possibilité de la dépister par des pressions successives en des points déterminés (point sciatique et point obturateur, pour citer les principaux), on ne peut confondre cette hyperesthésie avec la névralgie ano-rectale. Cependant, comme l'a dit Dalché, il faut y penser.

Il n'est pas suffisant de reconnaître une névralgie ano-rectale, il faut encore l'expliquer.

Un élève de notre maître Bensaude a exposé dans sa thèse, en s'appuyant sur de nombreuses observations, qu'une fissure anale cicatrisée, des hémorroïdes longuement traitées, des manifestations entéro-colites anciennes, des affections cérébro-spinales ou diverses (tabes, encéphalite, zona, herpes) étaient susceptibles de déterminer des névralgies ano-rectales.

Cette étude étiologique est trop récente pour insister à nouveau sur l'utilité de l'examen local et rectoscopique, d'une part, de l'examen du système nerveux central, d'autre part, examens qui, seuls, permettront de dépister ces causes déterminantes.

Lorsqu'on ne peut incriminer aucune de ces lésions, avant de songer à la possibilité d'une névralgie essentielle, il ne faut pas oublier de faire préciser aux malades leurs antécédents génitaux.

C'est là que se trouvera bien souvent la clef de l'énigme.

Traitement

Les névralgies ano-rectales, qu'elles soient secondaires à des lésions locales cicatrisées, à des affections du système cérébro-spinal ou à des affections génitales, se caractérisent par leur chronicité et leur ténacité.

Elles constituent, à la longue, une affection pénible, débilitante, véritable infirmité qui retentit sur le psychisme des malades et augmente le déséquilibre de leur système neuro-végétatif.

De multiples thérapeutiques ont essayé en vain de guérir ce syndrome douloureux si tenace. Tout au plus quelques-uns ont apporté une amélioration plus ou moins durable, exceptionnellement une guérison définitive.

Nous rapportons ici les différents traitements appliqués aux malades du service de notre maître Bensaude. Les résultats obtenus ont été appréciables, souvent durables; mais, même dans les cas les plus favorables, nous n'avons pas encore acquis un recul de temps suffisant pour affirmer la guérison.

Les névralgies ano-rectales, secondaires à des affections génitales, relèvent à la fois d'un traitement local et d'un traitement général.

Traitement local

Trois sortes de médications semblent donner des résultats; ce sont la thermothérapie, l'électrothérapie et l'émanothérapie.

Thermothérapie.

Les applications locales de chaleur sont utilisées depuis longtemps dans le traitement des syndromes névralgiques de la région ano-rectale.

Max Simon, Gant, Albu ont noté l'efficacité des douches de vapeur, des compresses chaudes. Parmentier et Foucaud, par des douches tièdes générales, suivies de douches chaudes localisées à la région sacrée, obtiennent des sédations notables des phénomènes douloureux.

Certaines de nos malades, qui suivent nos prescriptions et appliquent sur la région coccygienne des compresses chaudes, au moment de leurs crises paroxystiques, semblent obtenir une détente appréciable. Bains de siège et douches, doivent être aussi conseillés.

L'Electrothérapie.

Chez les malades traitées dans le service Saint-Antoine, le traitement électrique a été appliqué sous différentes formes. Soit courant de haute fréquence avec électrode anale. Soit diathermie trans-abdomino-rectale avec une électrode active rectale et deux électrodes indifférentes, une abdominale, l'autre lombaire.

Une vingtaine de séances, à raison de trois par semaine sont nécessaires pour juger des résultats obtenus. Ceux-ci ont été très variables.

Deux de nos malades ont été améliorées par la haute fréquence (Obs IV-X), mais l'amélioration ne fut jamais complète ni définitive. La diathermie trans-abdomino-rectale semble avoir donné à trois de nos malades une sédation plus marquée et plus durable (Obs. I, VI, XIII).

Nous avons tenté, à plusieurs reprises, chez quelques-unes de nos malades, l'effluvation directe de toute la région sacro-coccygienne, au moyen d'une brosse métalli-

que. Les résultats furent insignifiants et nous avons dû renoncer à cette tentative devant la véritable appréhension, quelquefois répulsion, que manifestaient les malades pour ce traitement trop énergique.

Chez deux autres de nos malades, atteintes de névralgies, et qui présentaient en outre une constipation opiniâtre, des applications de courant galvano-faradique (une électrode sacrée, une autre abdominale — avec inversement du courant toutes les cinq minutes — chaque séance étant de 20 minutes) ont donné des résultats satisfaisants, mais transitoires (Obs. XII).

Bien qu'actuellement les courants de haute fréquence soient les plus utilisés, il ne faut pas dédaigner les applications de courant continu ou d'ionisation médicamenteuse (aconitine).

Un de nos malades (Obs. A) obtint une sédation passagère en se faisant lui-même des applications de courant continu avec un petit appareil portatif.

L'Emanothérapie.

En janvier 1929, notre maître Bensaude et notre ami, le docteur Oury, en même temps qu'ils attiraient l'attention des spécialistes sur la difficulté de traiter les névralgies ano-rectales, faisaient une communication à la Société de Gastro Entérologie sur un nouveau traitement de la névralgie par les insufflations d'oxygène radio actif et sur les résultats jusqu'alors obtenus.

Ces insufflations nécessitent l'emploi d'un appareil oxygénateur avec interposition d'un tube d'émanation de radium sur le tube de caoutchouc qui réunit l'appareil à la canule intra-rectale. Le tube contient une quantité déterminée de sel de radium, dont l'émanation rigoureusement dosée est de 400 à 500 millimicrocuries par 24 heures. Le tube, par l'ouverture du robinet, est purgé d'excès d'émanation 24 heures avant l'insufflation.

Au moment de l'insufflation, l'émanation accumulée pendant les 24 dernières heures est entraînée de façon immédiate par le courant d'oxygène.

On insuffle à chaque séance 200 centimètres cubes d'oxygène, entraînant 4 à 500 MM d'émanation de radium ou de thorium (insufflation à la pression atmosphérique à raison de 40 à 50 centimètres cubes d'oxygène par minute).

Chaque séance dure environ quatre minutes. Ce laps de temps relativement bref permet de mettre le malade dans la position classique exigée pour un examen endoscopique. Cette position semble faciliter la distension du rectum.

A raison de trois séances par semaine, les insufflations d'oxygène radio actif doivent être prescrites par série de vingt séances.

Après chaque série, une interruption de traitement de deux à trois mois est indiquée.

Le traitement par les insufflations avait déjà donné des résultats appréciables chez des malades atteints soit de prurit anal, soit de névralgies ano-rectales secondaires à des hémorroïdes ou à des fissures cicatrisées.

Il était tout naturel que nous les appliquions chez les malades atteints de névralgies ano-rectales secondaires à des affections génitales.

Les observations que nous avons rapportées permettent de juger les résultats obtenus par cette nouvelle méthode.

Deux hommes (Obs. A et B) en ont éprouvé un soulagement considérable. Chez le premier même, nous serions en droit de parler de guérison, mais pour qui connait le caractère tenace et récidivant de ces affections, une année ne représente pas un laps de temps suffisant pour affirmer un tel résultat.

D'autres résultats significatifs ont été obtenus chez plusieurs de nos malades. Amélioration très nette chez les

uns (Obs. V, VII, X, XIV); sédation presque complète chez d'autres (Obs. II, III, VIII, XI).

Nous ne pensons pas que cette méthode doive faire rejeter les autres tentatives thérapeutiques, mais dans la majorité des cas, l'émanothérapie, malgré quelques insuccès, semble nous avoir donné de meilleurs résultats que les autres traitements.

Comment agissent les insufflations d'oxygène radio actif ? S'agit-il de l'action purement mécanique de la distension gazeuse, entraînent à sa suite des modifications des terminaisons nerveuses de la sous-muqueuse ?

S'agit-il, au contraire, de doses infimes d'émanation dont la radio activité aurait une action élective ?

Quel que soit le mode d'action de ce traitement, et même si le facteur psycho-thérapeutique y joue un rôle prédominant, il n'en reste pas moins vrai que son emploi, pratiqué depuis deux ans dans le service de notre maître Bensaude, a donné, à la majorité de nos malades, un soulagement considérable, voire même une guérison complète.

Bien que nous n'ayons pu l'expérimenter sur nos malades, il est vraisemblable qu'en associant à ces divers traitements locaux une thérapeutique hydrominérale, judicieusement choisie et appliquée, d'excellents résultats pourraient être obtenus. La crénothérapie est, on le sait, un procédé des plus puissants et des plus efficaces dans le traitement des névralgies pelviennes.

Echec des traitements locaux

Si nous avons obtenu des succès durables par les traitements locaux, nous ne pouvons passer sous silence certains échecs.

Quelquefois même, les traitements locaux ne font qu'exagérer les douleurs au lieu de les calmer.

C'est ainsi que nous avons pu observer une recrudescence douloureuse après des applications de haute fréquence. Les douleurs semblaient fixées de façon plus constante. Des sensations de picotement ou d'élancement léger s'étaient transformées en brûlures pénibles.

Une ou deux malades présentaient des épisodes paroxystiques chaque fois que l'on introduisait l'électrode rectale.

Chez d'autres, une dilatation anale, quelquefois répétée, a donné lieu à une exacerbation incontestable des manifestations douloureuses. C'est d'ailleurs là une manœuvre à prohiber chez les malades atteints de névralgies ano-rectales.

Il est utile de connaître ces cas, car il ne faut jamais s'entêter à poursuivre un traitement qui ne donne aucun résultat appréciable et qui a le tort de fixer l'attention des malades sur ces troubles rectaux douloureux.

Enfin, au cours d'un syndrome douloureux de l'anus et du rectum, l'inefficacité des traitements locaux et même l'aggravation des douleurs qu'ils peuvent provoquer sont des facteurs suffisants pour penser à la possibilité d'une névralgie ano-rectale.

Traitement général

On ne peut perdre de vue le terrain sur lequel les névralgies ano-rectales évoluent.

Dans la majorité des cas, les malades sont ou des névropathes ou des individus présentant un grand déséquilibre de leur système neuro-végétatif.

La psychothérapie est un adjuvant puissant. Il faut remonter le moral de ces malades obsédés par leurs douleurs, las des traitements multiples qu'ils ont déjà suivis. Certains d'entre eux s'imaginent qu'ils ont un cancer et essayent de vous prouver qu'ils ont perçu une masse

située plus ou moins profondément dans le rectum. Malgré que l'on ait porté le diagnostic de névralgies à un examen précédent, il ne faut pas craindre de pratiquer un nouvel examen endoscopique, même si, d'avance, on sait qu'il sera négatif. Cet examen tranquillisera les malades et leur redonnera confiance.

Le repos physique, l'isolement sont à conseiller. On proscrira tous les opiacés et la morphine, à cause des phénomènes d'accoutumance qu'ils provoquent. Les applications de cocaïne sont encore plus nocives.

Seuls, la médication calmante générale, les antispasmodiques, les analgésiques conservent tout leur intérêt. On obtiendra de réelles améliorations en maniant la gamme immense de ces médications : bromure, belladone, sedobrol, gardenal, aconitine.

Leur action, quoique transitoire, est d'un grand secours pour combattre les insommies et les réactions psycho névropathiques de tels malades.

Lorsque chez les femmes atteintes de cette affection, les fonctions cataméniales ne se produisent plus du fait soit de leur âge, soit des interventions chirurgicales ou radium et radiothérapeutiques qu'elles ont subies, il faut prescrire régulièrement une opothérapie ovarienne qui améliorera les troubles névropathiques consécutifs à la ménopause naturelle ou artificielle.

On devra lutter contre la constipation et soigner l'entéro-colite, si elles existent. Ce sont autant de facteurs inflammatoires qui peuvent entretenir une névralgie ano-rectale.

Enfin, l'hydrothérapie judicieusement dosée, et des cures renouvelées dans les stations thermales telles que : Divonne, Plombières, Luxeuil, Néris, ne peuvent que consolider et renforcer les résultats obtenus par les autres procédés thérapeutiques.

Malgré les récentes acquisitions concernant la chirurgie du sympathique pelvien et malgré les résultats chirurgicaux très satisfaisants obtenus dans le traitement des névralgies pelviennes, il ne nous semble pas que les névralgies ano-rectales secondaires à des affections génitales puissent tirer d'une intervention chirurgicale aussi délicate un bénéfice appréciable.

L'expérience a déjà prouvé l'inefficacité, voire même la nocivité de la dilatation anale, qu'avait semblé justifier le diagnostic trop vite posé de fissure. Cette constatation nous a amené à penser que toute manœuvre chirurgicale, en dehors des dangers et des aléas du choc opératoire, serait tout au moins inefficace, mais plus certainement dangereuses chez ces sujets, dont le système nerveux végétatif est déjà en déséquilibre.

Si nous pensons que de telles manœuvres doivent être à prohiber, par contre, lorsque les traitements physiothérapeutiques et les médications anti-spasmodiques et calmantes n'auront apporté aucun résultat, il semble que l'on puisse toujours tenter de faire des injections locales de novocaïne ou de scurocaïne. Ces injections faites dans la profondeur et parallèlement à la zone douloureuse, sont susceptibles d'apporter un soulagement immédiat; dans certains cas, durable. (Obs. C.)

Conclusions

I. — La névralgie ano-rectale est un syndrome rare au milieu de toutes les affections ano-rectales douloureuses; il ne mérite pas moins d'être connu pour éviter des erreurs de diagnostic et de thérapeutique et pour savoir rassurer des malades qui, devant la persistance de douleurs aussi tenaces, se croient atteints d'une affection beaucoup plus grave.

II. — La névralgie ano-rectale n'est pas une névrose. C'est un syndrome douloureux relevant de causes diverses parmi lesquelles les affections génitales occupent une place importante.

III. — La névralgie ano-rectale secondaire à une affection génitale est une séquelle à longue échéance d'une affection génitale guérie au moment où éclatent les manifestations douloureuses.

Très rare chez l'homme, elle est plus fréquente chez la femme. Elle survient particulièrement à la suite d'hystérectomie, d'interventions radio et radiumthérapiques. Plus rare à la suite de métrites, de salpingites, nous n'en avons pas constaté comme complication de fibromes.

IV. — La compression mécanique ne semble pas être un facteur suffisant pour la faire disparaître. Un facteur inflammatoire et cicatriciel surajouté est nécessaire pour lui donner naissance.

V. — Bien qu'aucune pièce anatomo-pathologique ne nous permette de l'affirmer, l'histoire de la névralgie ano-rectale nous fait penser à des lésions de névrite sympathique pelvienne, rétro et péri-rectale, qui peuvent évoluer, alors que les lésions génératrices ont complètement disparu.

L'altération anatomique du plexus hypogastrique et des anastomoses qu'il contracte avec le plexus hémorroïdal supérieur et le plexus sacré pourrait expliquer ces névralgies et leurs irradiations multiples.

VI. — Le diagnostic fondamental est de dissocier la névralgie ano-rectale de la douleur fissuraire.

Tous les autres diagnostics sont faciles à poser.

VII. — Le traitement des névralgies ano-rectales est un traitement difficile, délicat à instituer.

Physiothérapie, psychothérapie, opothérapie, crénothérapie, sans dédaigner toute la gamme des médicaments anti-nervins, sont les traitements habituels qui apporteront une amélioration aux malades, plus ou moins durable, trop rarement définitive.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président;*

ROGER. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

ALBU. — Mastdarmneuralgie. — *Berliner Klin. Wochenschr.*, 23 déc. 1907.

ALLINGHAM. — Rectal Neuralgia in. — *Diseases of Rectum and Anus*, 1896.

BENSAUDE et OURY. — Les névroses sensitives recto-sigmoïdiennes. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, février 1923, page 94.

BENSAUDE, OURY et MASSELIN. — Le traitement des névralgies ano-rectales par les insufflations d'oxygène radio actif. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, février 1929.

BONNET. — *Lyon Chirurgical*, XXIV, n° 1, 1927.

BERGIE. — Thèse Lyon, 1919-1920.

BERTRAND. — Le syndrome du ganglion hypogastrique. — *Gazette des Hôpitaux*, n° 42, 23 mai 1928.

BERTAZZI. — Thèse Paris, 1928.

BODENHAMER. — Neuralgia of the ano-rectal region. — *New-York med. J.*, 1898, 17 déc.

CADE. — Rectalgie idiopathie. — *Lyon Médecial*, 1911, t. II, p. 196.

CRIPPS HARISSON. — On diseases of the Rectum and Anus.

CURLING. — Traité des maladies du rectum.

CONDAMIN. — Le douglas, cerveau pelvien de la femme. — *Lyon Médical*, 5 mai 1928.

— Etudes sur la douglassite. — *Lyon Médical*, 23 octobre 1927.

— Le complexe douglassopathique et les syndromes hypogastriques du douglas. — *Lyon Médical*, 30 septembre 1928.

DALCHÉ. — Causalgies. — *La Gynécologie*, 1928.

— Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes, 1921.

DESPLATS. — Thèse Paris, 1868.

DESNOS. — Traité des maladies des voies urinaires.

DARDEL. — Névrose ano-vésicale. — *Soc. Méd. Lyon*, 1867-68.

ESTNER. — Proktalgia Nervosa. — *Med. Zeitung. Berlin*, 1842, XI, p. 202.

J.-L. FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie, 1928.

GANT. — Neuralgia of the Rectum. — *Post Graduate*, N. Y. 1900, XV, p. 22-27.

— Maladies du rectum et de l'anus, 1905.

GUILLAUME. — Sympathique et système associés, 1920.

HALLOPEAU. — Gynécologie, 1928.

HUOT. — Painful Neuralgia of the Rectum. — *Lancet*, 1840-41.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.

LABADIE-LAGRAVE. — Des névralgies pelviennes. — *Revue générale de chirurgie et de thérapeutique*, 1898, p. 197.

LEGUEU. — Traité d'urologie.

LUYS. — Maladies de la prostate.

MARION. — Traité d'urologie

MILLON. — Rectalgie et névralgie anale. — *Archives des Maladies du tube digestif*, 1900, p. 585.

MOUTIER. — Les affections anales. — *Bulletin Médical*, 1925, n° 3, p. 69.

OPPENHEIM. — Berlin Klin. Wochenschr., 23 déc. 1907.

PETIT-DUTAILLIS (Paul). — 1° Gynécologie, 1914; 2° Traitement des algies pelviennes. — *Rev. générale de Cliniq. et Thérap.*, Paris, 1926.

PARMENTIER et FOUCAUD. — La névralgie dite primitive du rectum. — *Presse Médicale*, 6 juillet 1910.

PICARDT. — Mastdarmneuralgien. — *Berliner. Klin. Wochens-ch.*, 1908.

POUSSON et DESNOS. — Encyclopédie d'urologie. Maladies de la prostate, 1922.

PERRIN. — Thèse Paris, 1926.

QUENU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, 1895.

ROGER. — Diagnostic des algies nerveuses. — *Monde Médical*, Paris, 1921, XXX, 233-239.

ROUVIÈRE. — Traité d'anatomie.

TOUBIANA. — Thèse Paris, 1928.

WETTERWALD. — Les névralgies. — *Progrès Médical*, 1922.

Table des Matières

Introduction. 13

Anatomie. 16

Etiologie. 30

Symptomatologie. 34

Les névralgies ano-rectales secondaires aux affections génitales chez la femme. 43

Les névralgies ano-rectales secondaires aux affections génitales chez l'homme. 68

Diagnostic. 79

Traitement. 84

Conclusions. 93

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES